Madagascar

Enquête Démographique et de Santé 1997



Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales
Institut National de la Statistique



Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.

INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS, MADAGASCAR 1997

INDICATEURS DE BASE

Mortalité infantile	- Quotient de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	96
	- Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1 000 naissances vivantes)	159
Mortalité maternelle	- Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)	488
Malnutrition des enfants	- Pourcentage d'enfants de moins de 3 ans accusant un retard de croissance	48
	- Pourcentage d'enfants de moins de 3 ans présentant une insuffisance pondérale	40
	- Pourcentage d'enfants de moins de 3 ans émaciés	7
Accès à une eau potable	- Pourcentage de ménages disposant d'eau potable salubre à moins de 15 minutes[1]	13
Accès à des installations sanitaires d'évacuation des excréments	- Pourcentage de ménages disposant de chasse d'eau	2
Éducation de base	- Pourcentage de femmes ayant achevé l'école primaire	30
	- Pourcentage d'hommes ayant achevé l'école primaire	33
	- Pourcentage de filles de 6-12 ans fréquentant l'école	61
	- Pourcentage de garçons de 6-12 ans fréquentant l'école	59
	- Pourcentage de femmes de 15-49 ans alphabétisées	70
Enfants en situation particulièrement difficile	- Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans qui sont orphelins	0,4
	- Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans qui ne vivent pas avec leur mère biologique	17
	- Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans qui vivent dans un ménage comptant un seul adulte	6

INDICATEURS DE SUPPORT

Santé des femmes		
Espacement des naissances	- Pourcentage de naissances à moins de 24 mois de la naissance précédente	31
Maternité sans risque	- Pourcentage de naissances dont la mère a bénéficié de consultation prénatale auprès de personnel médical[2]	77
	- Pourcentage de naissances dont la mère a bénéficié de consultation prénatale au cours du premiers trimestre de la grossesse	17
	- Pourcentage de naissances dont la mère a été assistée par du personnel médical[3] au cours de l'accouchement	47
	- Pourcentage de naissances ayant lieu en établissement sanitaire	34
	- Pourcentage de naissances à hauts risques	59
Planification familiale	- Taux de prévalence contraceptive (femmes en union, en pour cent)	19
	- Pourcentage de femmes en union ayant des besoins non-satisfaites en matière de planification familiale	26
Nutrition		
Nutrition des mères	- Pourcentage de mères avec un faible Indice de Masse Corporelle	21
Faible poids à la naissance	- Pourcentage naissances de faible poids à la naissance[4]	15
Allaitement	- Pourcentage d'enfants de moins de 4 mois qui sont exclusivement allaités	61
Sel iodé	- Pourcentage de ménages disposant de sel iodé (d'après le résultat du test)	72
Santé de l'enfant		
Vaccinations	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la mère a reçu, au moins, une vaccination antitétanique pendant la grossesse	50
	- Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été vacciné contre la rougeole	46
	- Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été complètement vaccinés	36
Contrôle de la diarrhée	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines et qui ont bénéficié d'une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO)	23
Infections respiratoires aiguës	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu une infection respiratoire aiguë durant les deux dernières semaines et qui ont été vu par du personnel médical	37

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR

Enquête Démographique et de Santé Madagascar 1997

Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales
Institut National de la Statistique
Antananarivo, Madagascar

Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA

Novembre 1998

Ce rapport présente les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), réalisée à Madagascar en 1997 par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) de l'Institut National de la Statistique (INSTAT), avec l'assistance technique de Macro International Inc. Le Fonds des Nations Unies pour la Population a financé la totalité des coûts locaux de l'enquête et l'UNICEF a contribué au projet en fournissant des véhicules et d'autres matériels pour les activités de terrain. L'assistance technique et l'équipement médical et informatique ont été financés par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

L'EDS fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - DHS), dont l'objectif est de collecter, d'analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant. Des informations complémentaires sur l'EDS peuvent être obtenues auprès de la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales, B.P. 485, Antananarivo 101, Madagascar. Téléphone (2612) 435.69. Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA. Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999.

Citation recommandée :

Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales, Institut National de la Statistique (INSTAT) [Madagascar] et Macro International Inc. 1998. *Enquête Démographique et de Santé, Madagascar 1997.* Calverton, Maryland, U.S.A. : INSTAT et Macro International Inc.

TABLE DES MATIÈRES

Page

Page

Page

LISTE DE TABLEAUX

Page

Page

LISTE DES GRAPHIQUES

Page

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

B.C.G.	Bilié de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
DDSS	Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales
DHS (EDS)	Demographic and Health Surveys (Enquête Démographiques et de Santé)
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (vaccin)
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPM	Enquête Permanente auprès des Ménages
ET	Écart Type
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
IEC	Information, Éducation, Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSTAT	Institut National des Statistiques
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISFD	Indice Synthétique de Fécondité Désirée
ISSA	Integrated System for Survey Analysis
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NCHS	National Center For Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, États-Unis)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNP	Programme National de Population
PNPDS	Politique Nationale de Population pour le Développement économique et Social
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale

UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le Développement International)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPO	Vaccin anti-poliomyélitique Oral
ZD	Zone de Dénombrement

PRÉFACE

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) s'inscrivant dans le cadre du Programme Mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé répond de manière opportune à la préoccupation du gouvernement malgache de vouloir disposer de données de base et d'indicateurs récents dans des domaines essentiels comme la dynamique de la population, la santé maternelle et infantile, la planification familiale, l'allaitement maternel, l'état nutritionnel des enfants...

La présente Enquête Démographique et de Santé (1997) fait suite à une première enquête du même genre réalisée en 1992. Celle-ci a permis de déterminer le niveau actuel des variables déjà étudiées et d'en apprécier l'évolution. Elle a par ailleurs intégré d'autres sujets importants comme les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et le Sida, la consommation du sel iodé, la prévalence de l'anémie. Il convient de saluer ici le dynamisme, la rapidité et l'efficacité avec laquelle cette enquête d'envergure nationale a été menée : ainsi, moins de 9 mois après le début de la collecte, une première version complète du rapport final a été réalisée.

J'adresse mes vifs remerciements et formule ma reconnaissance aux partenaires internationaux en particulier, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) pour leur importante contribution financière et logistique et MACRO International Inc., pour l'assistance technique à l'enquête. Je tiens également à féliciter toute l'équipe de la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales de l'Institut National de la Statistique (INSTAT) organe responsable de l'exécution des opérations pour la réussite de l'enquête.

Enfin, les précieuses contributions à divers stades des Départements Ministériels tels que le Ministère de la Santé, le Ministère de la Recherche Scientifique, le Ministère de l'Energie et des Mines, le Ministère de l'Agriculture, méritent également d'être encouragées dans le cadre de tout programme d'enquêtes statistiques, études et recherches du même genre.

Ma profonde gratitude s'adresse surtout aux ménages enquêtés et en particulier aux femmes interrogées qui de bonne grâce ont bien voulu répondre aux nombreuses questions d'ordre personnel parfois indiscrètes.

Le Vice – Premier Ministre chargé des Finances
et de l'Economie

MINISTERE DES FINANCES ET DE L'ECONOMIE
LE VICE PREMIER MINISTRE

Tantely ANDRIANARIVO

RÉSUMÉ

L'Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (EDS 1997) est une enquête nationale par sondage. Elle a été exécutée par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales de l'Institut National de la Statistique. Au cours de l'enquête, réalisée de septembre à décembre 1997, 7 060 femmes âgées de 15-49 ans ont été interviewées avec succès.

Près de la moitié de la population (46 %) est composée de jeunes de moins de 15 ans, alors que les moins de 5 ans en représentent 18 %.

Une femme de 15-49 ans sur cinq (21 %) et un homme de 15-59 ans sur cinq (19 %) sont sans instruction. Quel que soit le sexe, plus de la moitié des jeunes de 6-15 ans ont fréquenté l'école, et le taux de fréquentation est plus élevé en milieu urbain (74 %) qu'en milieu rural (50 %).

La fécondité reste très élevée à Madagascar. Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes malgaches donneront naissance, en moyenne, à 6,0 enfants durant leur vie féconde. Cette fécondité a peu changé ces dernières années et se caractérise par une forte précocité.

Presque deux tiers des femmes de 15-49 ans (63 %) sont en union, soit mariées, soit vivant en union consensuelle, alors que près du quart des femmes de 15-49 ans (23 %) sont encore célibataires. La proportion des célibataires diminue très rapidement avec l'âge, passant de 66 % chez les femmes de 15-19 ans à 6 % chez celles de 35-39 ans et à 1 % chez celles de 45-49 ans.

L'activité sexuelle débute relativement tôt : à 15 ans, une femme sur cinq (20 %) a déjà eu un premier rapport sexuel. À l'âge de 18 ans, la proportion passe à 63 %. À 25 ans, c'est la quasi-totalité des femmes (92 %) qui ont eu leurs premiers rapports sexuels.

Parmi les femmes actuellement en union, 37 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant et 32 % désirent espacer leurs naissances, c'est-à-dire veulent attendre au moins deux ans avant d'avoir un autre enfant. Si 84 % des femmes sans enfant manifestent le désir de donner naissance à un enfant, cette proportion passe à 33 % chez celles qui ont déjà un enfant et à 6 % chez celles qui ont déjà six enfants ou plus.

Le nombre idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes est de 5,3, et celui déclaré par les femmes en union est de 5,7 enfants. Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, la fécondité totale des femmes (5,2 enfants) serait inférieure de près d'un enfant à la fécondité réelle (6,0 enfants).

Parmi l'ensemble des femmes interrogées, près de sept sur dix ont déclaré connaître au moins une méthode moderne de contraception. Les méthodes les plus connues sont l'injection (57 %), la pilule (53 %) et le condom (50 %). Une amélioration du niveau de connaissance de la contraception moderne est observée entre 1992 et 1997, passant de 57 % à 68 %.

Chez les femmes en union, 31 % ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie, dont 17 % une méthode moderne. Au moment de l'enquête, 19 % des femmes en union utilisaient une méthode, dont 10 % une méthode moderne.

Les deux tiers des femmes sont favorables à l'utilisation des média pour la diffusion d'informations sur la contraception. Cependant, plus des trois quarts des femmes ont déclaré n'avoir entendu, ni à la radio, ni à la télévision, aucun message relatif à la planification familiale durant le mois précédant l'enquête. Parmi

les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête, 45 % ont manifesté leur intention d'utiliser une méthode dans l'avenir.

Plus du quart des femmes en union (26 %) ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, soit pour la limitation (12 %), soit pour l'espacement des naissances (14 %). Si les femmes en union arrivaient à satisfaire leurs besoins en matière de contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 45 %.

Pour plus des trois quarts des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, les mères se sont rendues en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé. En outre, dans un cas sur deux, les mères ont reçu, au moins, une injection antitétanique pendant la grossesse.

Les accouchements à domicile (65 %) sont à peu près deux fois plus fréquents que les accouchements dans des établissements sanitaires (34 %). Moins de la moitié des naissances (47 %) ont été assistées par du personnel qualifié—soit un médecin, soit une infirmière, soit une sage-femme—lors de l'accouchement. Le reste des naissances ont été assistées par des personnes non qualifiées, principalement des accoucheuses traditionnelles (39 %) et des parents ou amis (12 %).

Selon les carnets de vaccination et les déclarations des mères, seulement 36 % des enfants ont reçu tous les vaccins recommandés par le Programme Élargi de Vaccination (PEV) : BCG, trois doses de polio et de DTCoq, et rougeole. À l'inverse, un enfant sur cinq (20 %) n'a reçu aucune de ces vaccinations. Un peu moins de la moitié des enfants de 12-23 mois ont reçu les trois doses réglementaires du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), du vaccin DTCoq et du vaccin contre la rougeole. De plus, 66 % des enfants ont reçu le BCG.

Seulement 31 % des enfants de 12 à 35 mois ont reçu tous les vaccins avant l'âge d'un an. Quarante cinq pour cent des enfants ont reçu la troisième dose de DTCoq et du vaccin antipoliomyélitique, 40 % ont reçu le vaccin contre la rougeole et 65 % ont reçu le BCG avant l'âge d'un an.

Plus du quart des enfants de moins de trois ans (27 %) ont eu, au moins, un épisode diarrhéique au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, dans 4 % des cas, la diarrhée était accompagnée de sang. Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, 40 % ont été menés dans un établissement de santé, 23 % ont reçu des sachets de SRO et 1 % ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison. Alors que, dans l'ensemble, 63 % des enfants ont reçu davantage de liquides au cours des épisodes diarrhéiques, plus du tiers (34 %) n'ont bénéficié d'aucune thérapie de réhydratation.

La quasi-totalité des enfants malgaches nés dans les trois années ayant précédé l'enquête ont été allaités (97 %). Un tiers des enfants sont mis au sein dès la première heure et plus des trois quarts dans les 24 heures après la naissance. La durée médiane de l'allaitement est de 20,7 mois.

Presque la moitié des enfants de moins de 3 ans (48 %) souffrent d'un retard de croissance, c'est-à-dire qu'ils ont une taille trop petite par rapport à leur âge. Près d'un enfant sur cinq présente un retard de croissance de forme sévère. Le retard de croissance approche les deux tiers chez les enfants âgés de 12 à 23 mois.

Sept pour cent des enfants de moins de trois ans sont émaciés, c'est-à-dire qu'ils sont trop maigres par rapport à leur taille. Le groupe d'âges le plus touché est celui des 12-23 mois (12 %). La proportion d'enfants émaciés est plus faible en ville (5 %) qu'en milieu rural (8 %).

La taille moyenne des femmes malgaches est de 153,0 centimètres et se situe au-dessus du seuil critique (entre 140 et 150 centimètres selon les populations) en-deça duquel une femme peut être considérée à risque. En moyenne, les femmes malgaches ont un Indice de Masse Corporelle de 20,4. Une femme sur cinq a un IMC inférieur à 18,5 et peut donc être considérée comme atteinte de malnutrition aiguë.

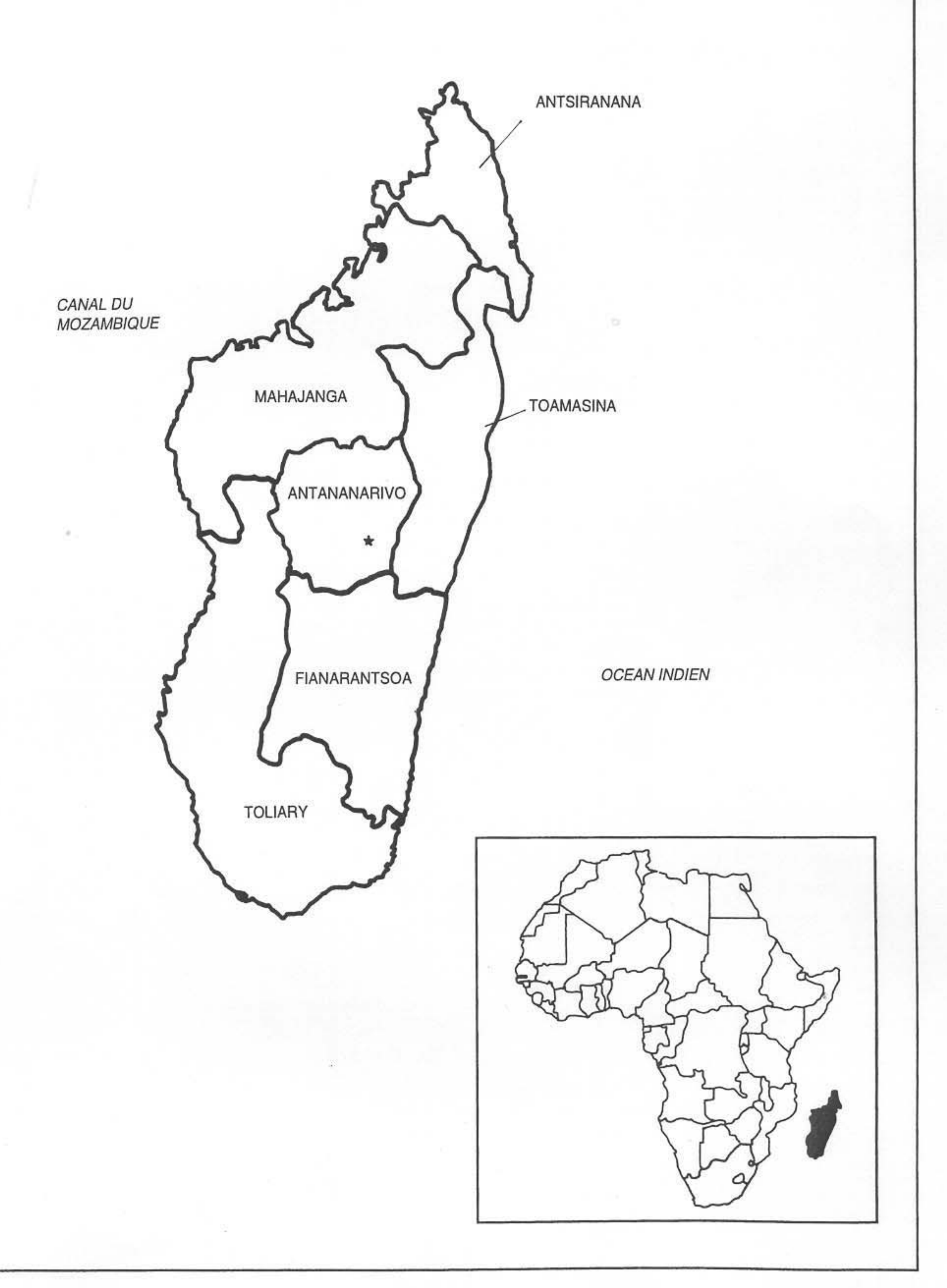
Quarante deux pour cent des mères sont atteintes d'anémie : 30 % sous forme légère, 11 % sous forme modérée et 1 % sous forme sévère. Le risque d'anémie est beaucoup plus important chez les femmes enceintes—22 % d'entre elles sont atteintes d'anémie modérée ou sévère—que chez les femmes qui ne le sont pas (10 %). Les deux tiers des enfants de moins de trois ans sont atteints d'anémie : 18 % d'anémie légère, 42 % d'anémie modérée et 7 % d'anémie sévère.

La mortalité des enfants reste toujours très élevée à Madagascar. Cependant, elle a connu une baisse, bien que très modeste, au cours des quinze dernières années. Durant la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), sur 1 000 enfants nés vivants, 96 sont décédés avant l'âge d'un an ; sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 70 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Globalement, sur 1 000 enfants vivants à la naissance, 159, ou un enfant sur six, décèdent avant leur cinquième anniversaire.

La mortalité maternelle est également élevée à Madagascar. Pour la période 1990-1997, parmi les décès de femmes âgées de 15-49 ans, près d'un sur quatre était associé à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites. Pour la même période, le taux de mortalité maternelle est estimé à 488 décès pour 100 000 naissances vivantes. Avec ce niveau de mortalité, une femme sur 33 court le risque de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.

Dans l'ensemble, 54 % des femmes interrogées ont déjà entendu parler d'au moins une maladie sexuellement transmissible (MST). Le sida est la maladie la plus citée (43 % des femmes l'ont cité), devançant la blennorragie, aussi connue sous le nom de gonorrhée (citée par 25 %), et la syphilis ou vérole (citée par 22 % des femmes). Quand interrogées sur la connaissance du SIDA, 69 % des femmes ont déclaré avoir déjà entendu parler de cette maladie, mais 30 % d'entre elles pensent qu'il n'existe aucun moyen de l'éviter et 39 % ne savent pas comment l'éviter.

Deux pour cent des femmes ont déclaré avoir déjà contracté au moins une MST dans les 12 mois ayant précédé l'enquête. La blennorragie semble être la MST la plus répandue.


MADAGASCAR
ANTSIRANANA
CANAL DU
MOZAMBIQUE
MAHAJANGA
TOAMASINA
ANTANANARIVO
FIANARANTSOA
OCEAN INDIEN
TOLIARY

CHAPITRE 1

CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

Pascale Ratovondrahona

Ce premier chapitre est consacré à la présentation succincte des principales caractéristiques historiques, géographiques, économiques et notamment démographiques de Madagascar.

1.1 CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE, HISTORIQUE, ET ÉCONOMIQUE

1.1.1 Contexte géographique et historique

Située entre 11˚ 57' et 25˚ 30' de latitude sud et entre 43˚ 14' et 50˚ 27' de longitude est, à cheval sur le Tropique du Capricorne, Madagascar se trouve dans l'hémisphère sud, dans le sud-ouest de l'Océan Indien, séparé de la côte sud-est de l'Afrique par le canal du Mozambique.

Avec ses 587.401 km² de superficie, Madagascar est considérée comme un micro-continent. De par sa taille, elle est la quatrième île du monde après le Groenland, la Nouvelle-Guinée et Bornéo. L'île s'étend sur une longueur de mille cinq cents kilomètres entre le Cap Sainte-Marie au sud et le cap d'Ambre à l'extrême nord, et sur près de cinq cents kilomètres dans sa plus grande largeur. Elle possède plus de 5000 kilomètres de côtes baignées, à l'ouest, par la canal du Mozambique et, à l'est, par l'Océan Indien avec de nombreuses petites îles (Nosy).

L'île présente un relief très accidenté. Elle est dominée par un ensemble de hautes terres occupant les deux-tiers du territoire s'élevant en moyenne entre 800 m et 1600 m d'altitude, culminant au nord à 2800 m dans le massif du Tsaratanàna. À l'est, le territoire descend par un escarpement abrupt jusqu'à une étroite plaine bordant l'Océan indien. A l'ouest, le versant s'incline par une pente prolongée jusqu'à une plaine côtière un peu plus large le long du canal du Mozambique.

Si les hautes terres centrales possèdent un climat tempéré avec des saisons bien différenciées (étés chauds et hivers frais), les régions côtières sont généralement chaudes toute l'année. La façade orientale est bien arrosée toute l'année, les précipitations annuelles y dépassant 2000 mm. Le plateau central reste par contre moins arrosé (pluviométrie variant entre 800 et 1800 mm). En ce qui concerne la partie occidentale, la partie nord-ouest bénéficie d'un climat humide, la partie sud-ouest et les régions du sud sont caractérisées par une aridité importante, le sud, sud-ouest recevant moins de 380 mm par an.

En ce qui concerne la population de la Grande île, elle est majoritairement d'origine indonésienne, malgré son appartenance au continent africain. Sa langue, malgré des mots d'origine bantoue, a également des racines indonésiennes. L'évidence archéologique suggère que l'île a été peuplée aux environs du dixième siècle. À partir du quatorzième siècle, quelques groupes d'origine arabe, probablement provenant de l'Afrique de l'Est, se sont établis au nord du pays, fondant des villages commerciaux. Il existe aujourd'hui dix-huit ethnies, identifiées comme telles, réparties sur des territoires de taille très variable.

Madagascar est mentionnée dans les écrits de Marco Polo, mais le premier Européen à s'y être installé est Diégo Dias, en 1500. Au cours du seizième siècle, les Portugais assiégeaient fréquemment les

agglomérations arabes, s'efforçant de les détruire. D'autres Européens sont arrivés plus tard et, au dix-septième siècle, les Français ont fondé leur première ville, Fort Dauphin.

Au dix-huitième siècle, les Français ont colonisé les îles Mascareignes, à l'est de Madagascar, au moment où leurs villes commerciales, en particulier Tamatave (aujourd'hui Toamasina), sur la côte ouest de l'Ile, prospéraient.

Parallèlement à la nouvelle arrivée des Européens, à Madagascar, comme dans la plupart des pays africains, plusieurs royaumes se sont formés entre le seizième et le dix-neuvième siècle. Un de ces royaumes était celui des *Merina*, implanté dans la partie centrale de l'île, dont la capitale était Antananarivo. Ce royaume est devenu dominant au début du dix-neuvième siècle, mais sa prédominance n'a duré que jusqu'à la fin du siècle, moment où la France réussit à consolider sa dominance coloniale et à annexer officiellement l'île. La période coloniale française a duré jusqu'en 1958, année où Madagascar s'est proclamée république souveraine.

L'île est divisée en six provinces ou Faritany : Antananarivo, Toamasina, Antsiranana, Mahajanga, Fianarantsoa, et Toliary, elles-mêmes divisées en préfectures et sous-préfectures (Fivondronampokontany) puis en Firaisampokontany, et en Fokontany, la plus petite unité administrative.

1.1.2 Contexte socio-économique

Comme c'est le cas dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, le secteur primaire représente une place essentielle dans l'économie malgache puisqu'il occupe 80 % environ de la population active. La part de ce secteur dans le PIB n'est pourtant que de 30 % environ. Les principales cultures sont ainsi :

- les cultures vivrières: le paddy, le manioc et le maïs;
- les cultures d'exportation: café, vanille, girofle, poivre;
- les cultures industrielles : le tabac, le coton, la canne à sucre.

Le riz constitue l'aliment de base des malgaches et la riziculture occupe la première place au sein des exploitations agricoles, aussi bien en terme d'exploitations qu'en terme de superficie. 85 % des exploitations agricoles pratiquent la riziculture sous différentes formes; 63 % pratiquent la culture du manioc, 37 % celle du maïs et 33 % celles de la patate douce. Pourtant, malgré la priorité accordée à la culture du riz et du fait d'un faible rendement (archaïsme du matériel, faible variété de culture...), le pays n'est pas auto-suffisant en riz et doit en importer.

Les cultures d'exportations représentent proportionnellement une part moins importante en superficie et dans la production totale mais elles constituent plus du tiers des recettes d'exportation (Ca - Va - Gi : Café, Vanille, Girofle : 38 % environ des recettes d'exportation). Le café constitue la principale source de devises du pays; de plus, Madagascar est le premier producteur mondial de vanille et occupe le deuxième rang mondial pour l'exportation de girofle. Le poivre, les plantes à parfum telles que l'Ylang Ylang, et le litchi sont, par ailleurs, de plus en plus exportés. En outre, les plantes industrielles comme le coton et la canne à sucre sont également exportées.

En plus de ces produits agricoles, Madagascar exporte aussi des produits de la pêche : les crevettes, langoustes, thons etc.... Les crevettes constituent ainsi la deuxième ressource en devises après le café.

Quant à l'élevage, il reste une activité complémentaire de l'agriculture au sein des exploitations traditionnelles mais est essentiellement pratiqué dans des conditions rustiques.

Le secteur secondaire, quant à lui, ne représente que 12 % environ du PIB et occupe moins de 3 % de la main d'oeuvre nationale. Les principales industries, tant en terme de production que de valeur ajoutée, sont constituées par les industries alimentaires, l'agro-industrie, les industries textiles et du cuir et l'énergie : si les 2 premières industries représentent à elles seules environ le tiers de la production totale, les 4 secteurs cités totalisent plus des deux tiers du PIB du secteur industriel. Plus de la moitié de la production (55 %) à Madagascar sont des biens de consommation courante et les biens intermédiaires représentent 36 % de la production.

Le secteur secondaire se caractérise par une forte concentration géographique puisque la province d'Antananarivo regroupe plus des deux tiers des entreprises industrielles du pays (57 % dans la capitale). Par ailleurs, 29 % de la production de ce secteur est exportée, en particulier, la production de l'industrie textile, de l'industrie extractive et de l'agro-industrie qui fournissent 80 % des produits manufacturés exportés.

Enfin, le poids le plus élevé dans le PIB est celui du secteur tertiaire avec un peu plus de 50 % du PIB total. Les 3 branches les plus importantes dans le secteur tertiaire (hors Bâtiments et Travaux Publics) sont constituées par : les transports de marchandises et voyageurs (28 % du PIB du secteur tertiaire), les services (28 %), le commerce (25 %). Les branches telles que les administrations, auxiliaires de transport, banques, télécommunications, assurances totalisent moins de 20 % du PIB du secteur tertiaire (19,3 %).

1.2 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

1.2.1 Sources de données

En ce qui concerne les données démographiques, Madagascar dispose des résultats de recensements et d'enquêtes d'envergure nationale :

- Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1975 (INSRE);
- l'Enquête Nationale Démographique et Sanitaire (ENDS) - 1992 (CNRE);
- Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1993 (INSTAT/DRGPH);

En plus de ces sources de données récentes, qui constitue des éléments de référence, il existe également des ouvrages, études et enquêtes qui couvrent de manière plus ou moins régulière la deuxième moitié du siècle. Il faut citer jusqu'aux années 70 :

- L'ouvrage de Louis Chevalier : Population et Développement de Madagascar (1952) qui traite de la situation démographique à Madagascar après la deuxième guerre mondiale.
- L'Enquête démographique de 1966, d'envergure nationale menée par l' Institut National de la Statistique et de la Recherche Économique (INSRE);
- Plusieurs études sur la dynamique de la population malgache.

Si une relative rareté des données existe après le recensement de 1975, la fin des années 80 et les années 90 se caractérisent par une certaine abondance de l'information. Ainsi, outre les trois sources de

données citées en référence, beaucoup d'enquêtes de portée plus ou moins large, menées par divers ministères, organismes internationaux et ONG existent; citons de manière non exhaustive :

- Enquête MICS (Multiple Indicators Cluster Survey) - UNICEF - INSTAT/DDSS - 1995;

- Enquête Permanente auprès des Ménages (EPM), INSTAT, BANQUE MONDIALE 1991-1994

- L'enquête situation des enfants et de la femme à Madagascar, UNICEF

1.2.2 Situation démographique

La population de la Grande île a été évaluée à 2.242.000 au début du siècle et a cru à un faible taux de 1 % environ jusqu'en 1950 à l'instar de ses voisins africains. L'accélération de l'accroissement naturel est donc à Madagascar un phénomène relativement récent; il atteint 2,2 % en 1966 (6.462.000 habitants) puis 2,7 % en 1975 (7.603.790 habitants). En raison de son caractère insulaire et de sa position géographique éloignée des grands courants migratoires mondiaux, Madagascar a très peu d'échanges de population avec l'extérieur et les phénomènes migratoires internationaux y sont négligeables.

Selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1993, la population résidente s'élève à 12.238.914 avec un taux d'accroissement annuel moyen de 2,8 %, ce qui donne lieu à un doublement de la population en 25 ans.

Les différentes sources de données (RGPH, ENDS 92) mettent en évidence une fécondité élevée et précoce à Madagascar. En effet, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) s'élève à environ 6 enfants par femme et la proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde est importante : 30 % selon la dernière EDS.

En ce qui concerne la mortalité, une baisse de son niveau la mortalité a été observée entre 1950 et 1970 faisant passer l'espérance de vie à la naissance de 30 à 45 ans environ. À partir de cette période, une décélération sensible a été enregistrée. Les enquêtes réalisées dans les années 80 ont cependant montré une tendance à la hausse de la mortalité depuis 1980. En effet, si l'enquête démographique de 1966 a fourni un taux de mortalité infantile de 102 ‰, ce taux était estimé à 80 ‰ au recensement de 1975; lors de l'enquête socio-démographique de 1984, il était remonté à 120 ‰, et les études les plus récentes (ENDS 1992, RGPH de 1993, l'enquête MICS de 1995) l'ont estimé à 93 ‰ environ. Le quotient de mortalité infanto-juvénile était évalué par la précédente ENDS et par le RGPH à 162 ‰, ce qui veut dire qu' à Madagascar, environ un enfant sur 6 décède avant l'âge de 5 ans. La mortalité des moins de 5 ans reste donc à un niveau relativement élevé. Quant à l'espérance de vie de la population, elle était estimée à 50,4 ans en 1984 et à 52 ans en 1993 (53 ans pour les hommes et 51 ans pour les femmes).

Une autre caractéristique de la population malgache est sa grande jeunesse : plus d'un malgache sur 2 a moins de 20 ans (âge médian de la population: 16,3 ans); 18,3 % de la population, c'est-à-dire un peu moins d'un malgache sur cinq, a moins de 5 ans et la proportion du troisième âge (65 ans et plus) reste faible (3 % environ). Conséquence de cette structure de la population, à Madagascar, 100 adultes d'âges actifs doivent assurer, en moyenne, le soutien de 97 individus. Parmi les personnes à charge, on compte 7 % de vieillards et 93 % d'enfants de moins de 15 ans. Ce rapport de dépendance fait que la plus grande partie des ressources du pays est consacrée à la préservation du niveau de vie de la population. Il reste donc peu de moyens pour investir. La répartition par sexe est de 99 hommes pour 100 femmes; environ 23 % des femmes sont en âge de procréer.

En ce qui concerne la répartition spatiale de la population, on constate que le niveau d'urbanisation du pays a augmenté depuis 1975[1] (16 %); cependant, la population de la grande île reste encore à majorité rurale (23 % de la population résidaient en milieu urbain en 1993). La densité de population est de 21 hab/km² mais ce chiffre cache une grande disparité entre les régions. Les densités varient ainsi de 62 h/km² dans la province d'Antananarivo à 9 h/km² dans la province de Mahajanga. Ainsi, la province d'Antananarivo qui occupe moins 10 % de la superficie du pays abrite 29 % de la population totale tandis que les provinces de Mahajanga et Toliary qui représentent plus de la moitié de la superficie du pays (53 %) ne regroupent qu'un peu plus du quart de la population (26 %); 13 % du territoire, constitué par les Hautes Terres et la façade orientale, concentrent plus de la moitié de la population.

À l'intérieur même des régions, il existe une répartition inégale de la population qui s'explique par des conditions physiques peu favorables (sols peu fertiles, climat aride dans le sud, sud-ouest par exemple) ou, au contraire, par des fortes potentialités physiques et naturelles dans certaines zones (Ambatondrazaka, Marovoay) ou enfin par des conditions économiques jugées plus favorables (centres urbains qui concentrent un pourcentage élevé de la population sur des espaces exigus.)

1.3 POLITIQUES DE POPULATION ET PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET DE SANTÉ

Madagascar a instauré sa politique en matière de population par la Loi n°90-030 relative à la *Politique nationale de population pour le développement économique et social* (PNPDES), promulguée le 19 Décembre 1990. Cette politique a pour objectif d'améliorer la qualité de vie et de favoriser l'instauration d'un bien-être pour toutes les catégories de la population.

1.3.1 Programmes de planification familiale

La stratégie globale de la politique de population consiste à :

- mettre en place un programme coordonné de planification familiale définie comme étant l'accès à la maîtrise de la fonction de reproduction et le droit de tout individu d'avoir le nombre d'enfants qu'il juge idéal;

- axer le programme de planification familiale sur la protection de la santé maternelle et infantile;

- donner aux programmes de planification familiale un caractère éducatif, persuasif et non contraignant de manière à ce que la participation de la population soit intégralement assurée, et sensibiliser la population à tous les niveaux sur les avantages socio-économiques de la planification familiale;

- lancer une grande campagne d'information, afin de sensibiliser la population sur les effets néfastes de la précocité ou du retardement de l'âge à la grossesse, de l'intervalle trop court entre les naissances, de la répétition excessive des grossesses et des grossesses non désirées sur la santé de la mère et de l'enfant, etc...

[1] Cette remarque reste valable malgré un changement dans la définition du milieu urbain. Selon le RGPH de 1993, le milieu urbain comprend les 7 Grands Centres Urbains (GCU) et les 111 chefs-lieux de Fivondronampokontany. En 1975, le milieu urbain regroupait les mêmes GCU et 48 communes urbaines.

La concrétisation de la PNPDES s'est également traduite par la formulation d'un Programme National de Population (PNP).

Le PNP défini pour la période 1996-2000 a comme objectifs globaux de :

- maîtriser les composantes de la croissance démographique en vue d'un développement durable et équilibré;
- assurer l'accès aux services sociaux de base des populations urbaines et rurales, face à leur contexte démographique;
- assurer la protection des groupes vulnérables (enfants, jeunes, femmes, personnes handicapées, familles déshéritées);
- favoriser la participation communautaire et le dialogue social;
- lutter contre la pauvreté;
- Promouvoir la capacité interne de mobilisation des fonds pour la pérennisation des actions de développement.

Ce PNP touche six (6) secteurs à savoir :

- la santé incluant les sous-secteurs, soins de santé primaire et santé de la reproduction;
- alimentation/nutrition;
- éducation incluant les sous-secteurs éducation et culture/loisirs;
- emploi avec les sous-secteurs emploi et industrie;
- migration/habitat/environnement;
- planification et appui institutionnel comprenant les sous-secteurs planification et cadre institutionnel/plaidoyer.

1.3.2 Programmes et priorités en matière de santé

Les grandes options stratégiques prioritaires en matière de santé à Madagascar sont :

(i) La décentralisation du système national de santé qui doit être effectuée avec, pour élément de base, le district sanitaire.

(ii) L'amélioration du financement du secteur de la santé en prenant en compte, notamment, la contribution de l'État (y compris les collectivités décentralisées), celles des communautés, y compris les ménages et les individus et celles des autres partenaires nationaux et extérieurs au développement sanitaire. Le recouvrement des coûts et le financement communautaire constituent un élément essentiels du financement du secteur;

(iii) Le développement du secteur privé à but lucratif ou non, associatif ou confessionnel par la consolidation et l'élargissement de ses activités médicales et socio-sanitaires parallèlement au renforcement du rôle de l'État.

(iv) La disponibilité des médicaments essentiels à tous les niveaux du système de santé.

(v) Le développement quantitatif et qualitatif des ressources humaines pour la santé.

(vi) La réforme du système d'information pour la gestion en vue d'en faire avant tout, un outil pour la prise de décision au niveau opérationnel et ensuite et seulement, un instrument pour la planification stratégique.

(vii) La participation communautaire au développement sanitaire au travers des comités de santé et des comités de gestion des centres de santé.

(viii) La promotion et la protection de la santé qui doivent être axées sur la santé du couple mère enfant; la santé génésique, y compris la planification familiale, la santé des adolescents et la malnutrition.

(ix) La lutte contre les maladies qui prendra en compte tout particulièrement les grandes options de santé publique que sont le Programme Élargi de Vaccinations, la prise en charge intégrée des principales maladies de l'enfance ainsi que la lutte contre les endémo-épidémies majeures.

Les objectifs de résultats (d'ici l'an 2000) :

- baisse du taux de mortalité infantile et de celui des enfants de moins de 5 ans (respectivement à 76 ‰ et 111 ‰);
- baisse du taux de mortalité maternelle (285 pour 100.000 naissances vivantes);
- réduction de 50 % des troubles dus à la carence en iode chez les enfants de moins de 5 ans;
- réduction de 50 % de la morbidité par maladies diarrhéiques;
- baisse de 30 % des Infections Respiratoires Aiguës (IRA);
- réduction de 50 % de la morbidité par MST;
- élimination en tant que problèmes de santé publique de certaines maladies (lèpre, tétanos néonatal, poliomyélite, épidémie de paludisme).

1.4 CADRE INSTITUTIONNEL ET OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

1.4.1 Cadre institutionnel

La deuxième Enquête Démographique et de Santé (EDS) à Madagascar a été réalisée par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) de l'Institut National de la Statistique (INSTAT) avec l'assistance technique de Macro international Inc. Cette enquête fait partie du Programme International des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) ou Demographic and Health Surveys (DHS). Elle répond, par

ailleurs, aux besoins d'information du programme de la Politique Nationale de Population pour le développement économique et social (PNPDES) du pays. L'EDS a bénéficié du financement de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP) et de l'UNICEF.

1.4.2 Objectifs de l'enquête

L'objectif de l'EDS est de recueillir des données au niveau national permettant de :

- connaître les niveaux et tendances de la fécondité et de la mortalité infantile et juvénile ainsi que les facteurs déterminant leur évolution. Les indicateurs obtenus aideront les planificateurs et autres responsables à élaborer des plans et une stratégie de développement économique et social;

- déterminer les niveaux de connaissance et d'utilisation des moyens contraceptifs et estimer la pratique potentielle future. Obtenir des informations sur le nombre idéal d'enfants et sur l'attitude vis-à-vis de la planification familiale;

- recueillir des données détaillées sur la santé de la mère et de l'enfant : soins prénatals et assistance à l'accouchement, allaitement, supplémentation en vitamine A, couverture vaccinale, prévalence de l'anémie, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les moins de 3 ans;

- déterminer l'état nutritionnel des mères et des enfants de moins de 3 ans au moyen de mesures anthropométriques (poids et taille);

- recueillir des données détaillées sur la connaissance, les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et du sida;

- mesurer le niveau de mortalité maternelle au niveau national;

- contribuer au développement des capacités et ressources nécessaires à la réalisation périodique d'enquêtes démographiques et de santé. En outre, faisant partie d'un vaste programme international, les données seront insérées dans une base de données utilisables par les organismes et les chercheurs qui s'intéressent aux problèmes de population et de santé dans le monde entier.

1.4.3 Questionnaires

L'EDS comporte deux types de questionnaires :

- un questionnaire-ménage;

- un questionnaire individuel.

La version définitive des questionnaires a été rédigée en malgache, langue nationale du pays.

Questionnaire-ménage

Il permet d'établir la liste de tous les membres du ménages et de toutes les autres personnes ayant passé la nuit précédant l'enquête dans ce ménage, de collecter à leur sujet un certain nombre d'informations

telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, la situation de résidence, le sexe, l'âge et le niveau d'instruction. Quelques caractéristiques de l'habitat comme le sol, le type de toilettes utilisées, l'approvisionnement en eau, ont également été insérées dans ce questionnaire dans le but de fournir des indicateurs socio-économiques et environnementaux du ménage. Le questionnaire ménage comporte également en page de garde la localisation du ménage, le nombre de visites effectuées par l'agent enquêteur, le résultat de l'interview, ainsi qu'une partie pour le contrôle sur le terrain et au bureau.

Mais l'objectif principal de ce questionnaire est de permettre l'identification des femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et de fournir les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques (natalité, mortalité, fécondité).

Questionnaire individuel

Le questionnaire individuel femme constitue le coeur de l'EDS. Il doit être rempli pour toutes les femmes éligibles recensées dans le ménage, c'est-à-dire les femmes âgées de 15 à 49 ans, ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage, quel que soit leur statut de résidence. Ce questionnaire comporte dix sections. Il permet de recueillir des informations concernant les différents domaines suivants :

- **Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée :** le lieu de résidence, l'âge, la situation matrimoniale, la religion, la scolarisation, l'alphabétisation, l'accès aux média et les conditions d'habitat pour les femmes qui sont en visite dans le ménage enquêté;

- **Reproduction :** les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que leur état de survie au moment de l'enquête; sur l'état de grossesse, la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel etc...

- **Connaissance et utilisation de la contraception :** le niveau de connaissance et la prévalence des méthodes contraceptives, ainsi que les sources d'approvisionnement;

- **Grossesse, allaitement, vaccination et santé :** les différentes questions portent sur la grossesse, l'allaitement, la vaccination, la prévalence et le traitement des maladies récentes chez les moins de 3 ans (diarrhée, toux, etc ...);

- **Nuptialité :** en plus des questions sur l'état matrimonial, d'autres renseignements sont recueillis sur l'activité sexuelle de la femme;

- **Préférence en matière de fécondité :** le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle idéal entre les naissances et l'opinion sur la taille de la famille;

- **Caractéristiques du conjoint et activité économique des femmes enquêtées :** Ces questions ont été posées afin de connaître les caractéristiques socio-professionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de ces femmes;

- **Mortalité maternelle :** Ces questions permettent d'obtenir des informations sur l'état de survie des frères et soeurs de l'enquêtée. En cas de décès d'une soeur de 12 ans ou plus, des questions permettent de déterminer si le décès est lié à une cause maternelle;

- **MST et sida :** informations sur la connaissance et la prévalence des Maladies Sexuellement Transmissibles et sur les modes de transmission et de prévention du sida;

- **Taille et poids des mères et des enfants :** mesures anthropométriques des femmes enquêtées et de leurs enfants de moins de 3 ans.

1.4.4 Échantillonnage

Le plan de sondage de l'EDS a été conforme aux recommandations du programme DHS. L'échantillon de l'EDS est représentatif au niveau national. Il est basé sur un sondage aréolaire, stratifié en milieu urbain et rural et tiré à 2 degrés.

Au premier degré, 270 Zones de Dénombrement ou grappes finales ont été tirées : 50 dans la capitale, 60 en milieu urbain et 160 en milieu rural.

Au deuxième degré, un échantillon de ménages a été tiré dans chacune des grappes à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement. Tous les membres de ces ménages ont été dénombrés à l'aide d'un questionnaire ménage et toute femme de 15 à 49 ans éligible a été enquêtée avec un questionnaire femme.

Au total, sur les 7915 ménages qui ont été sélectionnés, 7349 ont pu être identifiées et 7171 ont été enquêtés entièrement donnant un taux de réponse des ménages de 97,6 %. Par ailleurs, l'enquête ménage a permis d'identifier 7424 femmes éligibles parmi lesquelles 7060 ont été interviewées avec succès pendant l'enquête individuelle, soit un taux de réponse de 95,1 %. Le taux de réponse global des femmes, produit du taux de réponse des enquêtes ménages et de celui des femmes est évalué à 92,8 %. (tableau 1.1)

Tableau 1.1 Taille et couverture de l'échantillon

Effectifs des ménages et des femmes sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EDS Madagascar 1997

	Milieu de résidence				
Enquête	Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménage					
Nombre de logements sélectionnés	1 123	1 109	2 232	5 683	7 915
Nombre de ménages identifiés	1 055	1 040	2 095	5 254	7 349
Nombre de ménages enquêtés	1 031	1 016	2 047	5 124	7 171
Taux de réponse des ménages	97,7	97,7	97,7	97,5	97,6
Enquête individuelle femme					
Nombre de femmes éligibles	1 343	1 146	2 489	4 935	7 424
Nombre de femmes enquêtées	1 286	1 090	2 376	4 684	7 060
Taux de réponse des femmes	95,8	95,1	95,5	94,9	95,1

1.4.5 Collecte des données

Neuf équipes comportant chacune un chef d'équipe, un contrôleur, et un nombre variable d'enquêtrices ont été constituées pour couvrir l'ensemble des grappes lors de l'enquête principale.

Par rapport à 1992, il faut remarquer que l'EDS 1997 comporte 4 nouveautés. En premier lieu, une localisation précise des grappes a été donnée à travers le Global Positionning System (GPS). Deuxièmement, un test sur le sel couramment utilisé par les ménages a été fait pour déterminer le niveau d'utilisation du sel iodé par les ménages. Par ailleurs, l'EDS 1997 a comporté un test sur l'anémie, réalisé auprès des enfants de moins de 3 ans et de leur mère. Le niveau d'hémoglobine sanguine a été mesuré à l'aide d'une hémocue et des niveaux d'anémie (légère, moyenne et sévère) ont pu être déterminés. Ces tests sanguins ont été effectués par des médecins. Enfin, le questionnaire a comporté un module MST/SIDA permettant d'appréhender la connaissance et la prévalence des MST/SIDA chez les femmes malgaches.

Les travaux de terrain de l'enquête principale se sont déroulés du mois de septembre au mois de décembre.

1.4.6 Exploitation des données

L'exploitation des données englobe plusieurs activités : la réception des données et le contrôle de bureau (contrôle des fiches), la saisie, la comparaison de chaque fichier, l'édition des données, l'apurement et la tabulation.

La vérification des données a démarré dès la réception des premiers questionnaires de l'enquête. Elle a consisté en des contrôles d'exhaustivité de l'échantillon par rapport aux fiches de terrain et en un contrôle sommaire de la cohérence des données.

Afin de réduire les taux d'erreurs et d'améliorer la qualité des données, tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie. En outre, des tableaux fournissant des résultats bruts sur certaines variables de base et permettant de rectifier les erreurs de collecte étaient produits régulièrement de façon à contrôler la qualité des données collectées. Ces tableaux étaient analysés et les problèmes détectés étaient signalés aux enquêtrices de façon à améliorer la qualité de remplissage des questionnaires.

L'édition des données a été réalisée par les informaticiens de l'équipe technique en vue de vérifier la cohérence interne des réponses enregistrées dans le questionnaire et de corriger les éventuelles erreurs. Pour l'apurement, on a utilisé un programme de contrôle pour vérifier, grappe par grappe, après saisie et édition, la cohérence interne des réponses. Quant à la tabulation, elle a consisté à développer et à exploiter les programmes de sortie des tableaux de base destinés à l'élaboration du rapport final. La tabulation a été entièrement réalisée au siège de Macro International Inc. à Calverton, Maryland.

Notons enfin que les opérations de saisie, d'édition, d'apurement et de tabulation ont été réalisées avec le logiciel (Integrated System for Survey Analysis) développé par Macro International Inc.

CHAPITRE 2

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES ET DES ENQUÊTÉES

Victor Rabeza, Victor Mafilaza, et Razanamihaja

Ce chapitre porte principalement sur l'analyse des caractéristiques de base des femmes ayant été enquêtées individuellement. Par ailleurs, comme le comportement des femmes et la situation des enfants sont, en partie, conditionnés par leur environnement socio-culturel et économique, nous présentons également quelques caractéristiques des personnes enregistrées dans le questionnaire-ménage et certaines caractéristiques des ménages eux-mêmes.

2.1 ENQUÊTE MÉNAGE

L'enquête ménage a permis d'obtenir des données sur la structure de la population, la composition des ménages, les caractéristiques de l'habitat, certains biens possédés par les ménages et enfin sur l'utilisation du sel iodé par les ménages.

2.1.1 Caractéristiques de la population des ménages

Répartition par sexe et âge

La répartition par sexe de la population de l'échantillon est à peu près équilibrée. Le tableau 2.1 indique que parmi les 33 674 personnes dénombrées à l'ENDS, 16 794 sont des hommes et 16 876 des femmes, soit un rapport de masculinité estimé à 99,5 hommes pour 100 femmes. Parmi les personnes dénombrées, 76 %, résidaient en milieu rural au moment de l'enquête et le reste en milieu urbain (y compris la capitale). Quel que soit le milieu de résidence, le rapport de masculinité est de 99,5.

La structure de la population par groupe d'âges quinquennal présente une allure régulière. Caractéristique d'une population jeune, la pyramide large à sa base, se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on évolue vers les âges élevés (tableau 2.1 et graphique 2.1). Par rapport à la structure par âge de l'ENDS de 1992, les phénomènes de transfert (femmes de 15-19 ans classées parmi les 10-14 ans et femmes de 45-49 ans, parmi celles de 50-54 ans) souvent observés dans les enquêtes pour réduire le nombre d'interviews individuelles à réaliser, semblent peu fréquents dans l'EDS de 1997. Conséquence d'une fécondité plus élevée, la population rurale a une structure plus jeune que celle du milieu urbain; près de la moitié (48 %) de la population rurale a moins de 15 ans, contre 42 % en milieu urbain.

Au tableau 2.2, figure la répartition de la population par grand groupe d'âges, à différentes dates. Il ressort de ce tableau que la proportion des jeunes de moins de 15 ans représente 46 % de l'effectif. Les personnes d'âges économiquement actifs (15-64 ans) constituent la moitié (51 %) et le reste est formé par les personnes âgées de 65 ans et plus (3 %). Cet extrême jeunesse de la population est la conséquence du maintien de la fécondité élevée et, malgré des fluctuations, d'une tendance à la baisse de la mortalité aux jeunes âges. Conséquence de la proportion croissante des jeunes, le rapport de dépendance, c'est-à-dire le rapport des 0-14 ans et 65 ans et plus, aux personnes d'âges économiquement actif (15-64 ans), est de 97 dépendants pour 100 actifs. Ce rapport n'a pratiquement pas varié depuis l'ENDS de 1992.

Tableau 2.1 Population des ménages par âge et sexe

Répartition (en %) de la population (de fait), des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Urbain			Rural			Total		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
0-4	15,2	14,3	14,7	19,1	18,8	18,9	18,1	17,7	17,9
5-9	15,1	13,9	14,5	17,0	15,9	16,5	16,5	15,4	16,0
10-14	12,9	12,1	12,5	12,8	12,6	12,7	12,8	12,5	12,6
15-19	12,0	11,3	11,6	10,3	9,6	9,9	10,7	10,0	10,4
20-24	9,3	9,6	9,4	8,4	7,9	8,1	8,6	8,3	8,5
25-29	7,7	8,0	7,8	6,1	7,1	6,6	6,5	7,3	6,9
30-34	5,7	7,1	6,4	5,6	5,9	5,7	5,6	6,2	5,9
35-39	5,3	5,2	5,2	4,6	5,0	4,8	4,8	5,1	4,9
40-44	5,3	5,2	5,2	3,7	3,6	3,7	4,1	4,0	4,1
45-49	2,9	3,3	3,1	2,6	2,8	2,7	2,7	2,9	2,8
50-54	2,6	2,5	2,6	2,4	3,1	2,7	2,4	3,0	2,7
55-59	1,6	2,1	1,8	1,9	2,0	2,0	1,9	2,0	1,9
60-64	2,0	2,3	2,1	2,0	2,3	2,2	2,0	2,3	2,2
65-69	1,0	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2	1,1	1,2	1,1
70-74	0,8	0,9	0,9	1,0	1,2	1,1	1,0	1,1	1,0
75-79	0,5	0,2	0,3	0,7	0,4	0,5	0,6	0,3	0,5
80 ou plus	0,3	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,6	0,5
Non déterminé/NSP	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	4 174	4 200	8 374	12 620	12 676	25 299	16 794	16 876	33 674

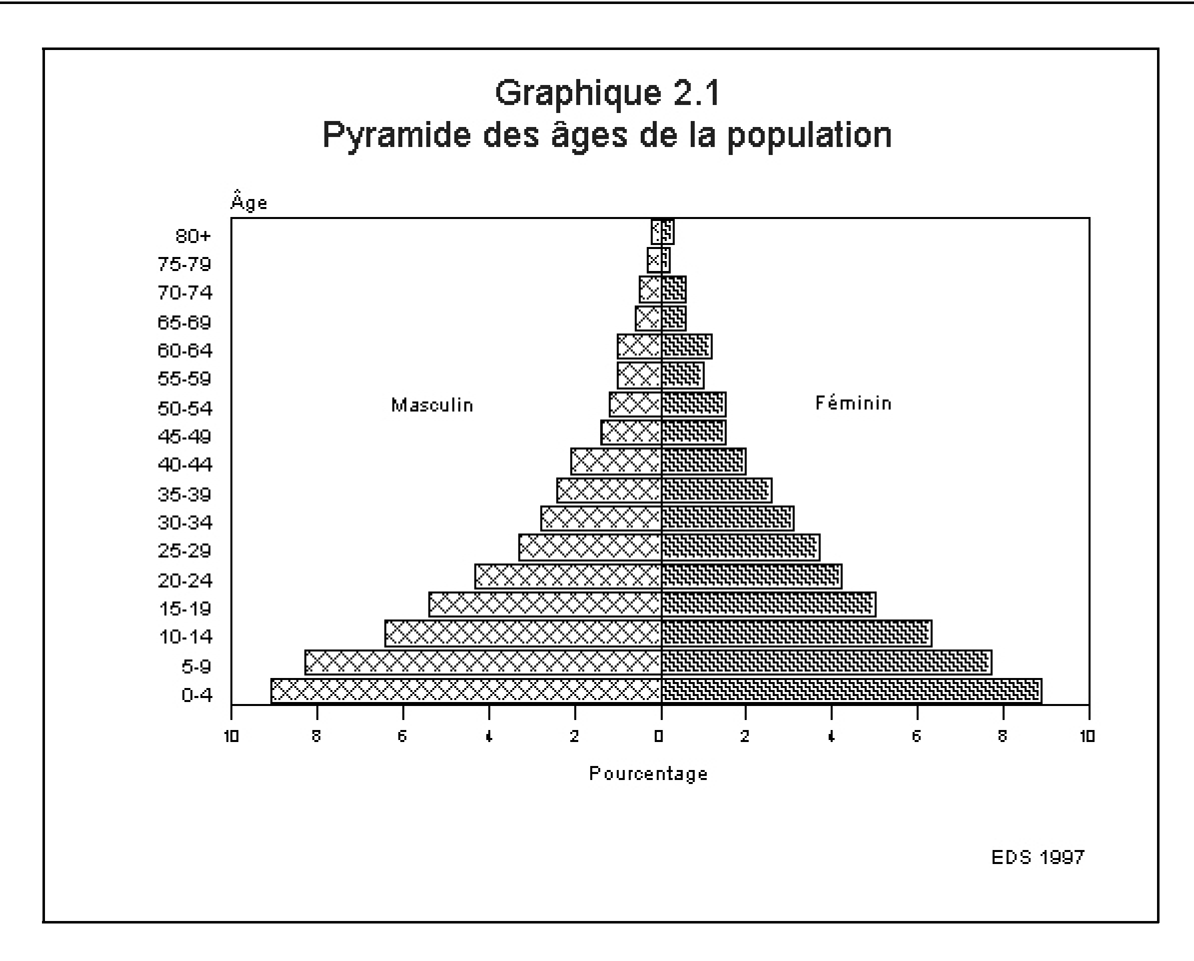


Tableau 2.2 Population (de fait) par âge selon différentes sources

Répartition (en %) de la population par groupe d'âges à différentes dates, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	RGPH[1] 1975	ENDS 1992	RGPH 1993	EDS 1997
<15 ans	44,3	47,0	44,7	46,0
15-64	52,0	49,5	52,4	50,8
65 ou plus	3,7	3,1	2,9	3,1
NSP/ND	-	0,4	-	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Instruction

Dans le cadre de l'enquête ménage, des données ont été collectées sur le niveau d'instruction atteint et la dernière classe achevée par chaque membre du ménage. Trois niveaux d'instruction ont été retenus : le primaire, le secondaire et le supérieur. Les tableaux 2.3.1 et 2.3.2 présentent les résultats concernant le niveau d'instruction pour les personnes âgées de 6 ans et plus.

Tableau 2.3.1 Niveau d'instruction de la population des hommes

Répartition (en %) de la population masculine (de fait) des ménages, âgée de six ans et plus, par niveau d'instruction atteint selon l'âge et le milieu de résidence, EDS Madagascar 1997

	Niveau d'instruction							
Caractéristique	Aucun	Primaire	Secondaire I	Secondaire II	Supérieur	NSP/ ND	Total	Effectif
Groupe d'âges								
6-9	40,0	59,5	0,2	0,0	0,0	0,4	100,0	2 130
10-14	22,4	69,9	7,6	0,0	0,0	0,0	100,0	2 149
15-19	20,3	55,4	19,0	4,5	0,3	0,5	100,0	1 805
20-24	18,3	54,8	17,4	7,3	0,9	1,3	100,0	1 445
25-29	15,8	50,4	20,2	8,7	2,5	2,4	100,0	1 091
30-34	18,0	40,1	22,8	13,1	3,7	2,3	100,0	940
35-39	15,3	50,0	13,8	12,7	6,0	2,1	100,0	805
40-44	17,5	53,7	12,4	7,6	4,4	4,4	100,0	694
45-49	19,6	54,1	13,5	5,1	2,4	5,4	100,0	453
50-54	31,2	41,4	11,7	7,6	2,2	5,9	100,0	409
55-59	30,3	52,2	10,4	2,5	0,9	3,7	100,0	312
60-64	35,6	49,3	5,7	2,1	1,1	6,2	100,0	339
65 ou plus	43,1	45,3	5,6	1,4	0,2	4,5	100,0	520
NSP/ND	55,0	31,9	0,0	0,0	0,0	13,1	100,0	14
Milieu de résidence								
Capitale	2,8	34,7	27,1	20,5	10,9	4,0	100,0	950
Autres villes	16,8	50,8	19,9	8,7	1,8	2,1	100,0	2 460
Ensemble urbain	12,9	46,3	21,9	12,0	4,3	2,6	100,0	3 410
Rural	28,6	58,5	8,6	2,3	0,4	1,5	100,0	9 699
Province (Faritany)								
Antananarivo	8,7	63,6	15,6	7,5	3,0	1,6	100,0	4 297
Fianarantsoa	29,1	57,7	8,4	2,5	0,3	2,1	100,0	2 663
Toamasina	17,0	59,4	13,7	4,8	0,8	4,3	100,0	1 769
Mahajanga	30,5	52,7	10,8	4,5	0,5	1,0	100,0	1 672
Toliary	57,8	29,7	7,7	3,7	0,9	0,2	100,0	1 863
Antsiranana	21,4	58,6	14,7	2,4	1,1	1,7	100,0	843
Ensemble	24,5	55,3	12,1	4,9	1,4	1,8	100,0	13 108

Tableau 2.3.2 Niveau d'instruction de la population des femmes

Répartition (en %) de la population féminine (de fait) des ménages, âgée de six ans et plus, par niveau d'instruction atteint selon l'âge et le milieu de résidence, EDS Madagascar 1997

	Niveau d'instruction							
Caractéristique	Aucun	Primaire	Secondaire I	Secondaire II	Supérieur	NSP/ ND	Total	Effectif
Groupe d'âges								
6-9	37,3	62,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 050
10-14	22,3	68,3	9,0	0,1	0,0	0,2	100,0	2 106
15-19	21,8	54,7	18,1	4,9	0,2	0,3	100,0	1 684
20-24	18,6	54,5	20,5	5,0	1,2	0,1	100,0	1 404
25-29	17,4	50,1	22,5	8,0	1,8	0,3	100,0	1 240
30-34	21,3	42,4	23,0	9,9	3,0	0,3	100,0	1 050
35-39	25,4	50,9	13,9	7,3	2,1	0,4	100,0	856
40-44	23,0	58,2	11,1	4,5	2,5	0,6	100,0	673
45-49	31,0	52,9	10,9	3,0	1,1	1,0	100,0	493
50-54	50,6	37,9	5,4	1,7	0,6	3,7	100,0	500
55-59	51,3	41,2	4,7	0,8	0,6	1,5	100,0	343
60-64	58,4	34,0	4,0	1,0	0,1	2,4	100,0	387
65 ou plus	59,3	36,3	1,7	0,1	0,0	2,6	100,0	545
NSP/ND	69,8	30,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	5
Milieu de résidence								
Capitale	4,3	38,7	29,1	17,7	8,4	1,8	100,0	1 036
Autres villes	19,8	51,1	21,4	6,2	1,0	0,5	100,0	2 435
Ensemble urbain	15,2	47,4	23,7	9,6	3,2	0,9	100,0	3 471
Rural	33,3	56,6	8,1	1,5	0,1	0,5	100,0	9 865
Province (Faritany)								
Antananarivo	11,7	61,8	16,7	6,6	2,4	0,8	100,0	4 344
Fianarantsoa	34,8	54,5	8,0	1,7	0,1	0,9	100,0	2 744
Toamasina	24,2	59,5	12,7	3,1	0,1	0,4	100,0	1 900
Mahajanga	39,4	46,7	10,9	2,4	0,3	0,3	100,0	1 633
Toliary	54,5	34,9	8,4	1,7	0,2	0,3	100,0	1 801
Antsiranana	28,3	57,5	11,5	2,2	0,4	0,2	100,0	914
Ensemble	28,6	54,2	12,1	3,6	0,9	0,6	100,0	13 336

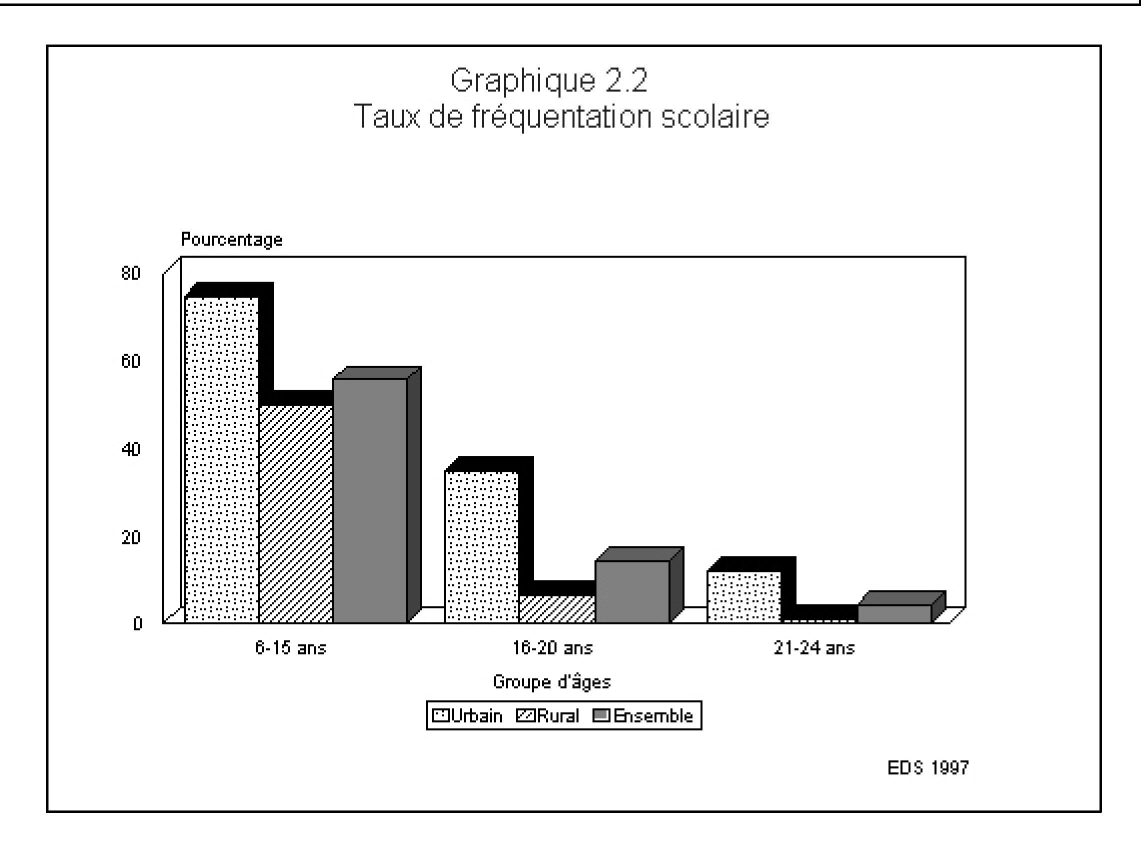
Dans l'ensemble du pays, près du quart (25 %) des hommes et plus du quart (29 %) des femmes n'ont aucun niveau d'instruction. La variation est importante selon le milieu de résidence; la proportion des personnes sans instruction est plus élevée en milieu rural (29 % pour les hommes et 33 % pour les femmes) qu'en milieu urbain (13 % pour les hommes et 15 % pour les femmes). Dans la capitale, la proportion de ceux n'ayant aucun niveau d'instruction est très faible : 3 % pour les hommes et 4 % pour les femmes. Au niveau des provinces, la proportion de ceux n'ayant aucun niveau varie de façon très importante : très élevée dans la province de Toliary, cela quel que soit le sexe, et très faible dans la province d'Antananarivo. On notera que les femmes sont beaucoup moins instruites que les hommes, à part dans la province de Toliary où la proportion des hommes sans instruction est plus élevée que celle des femmes (58 % contre 55 %).

Quant aux taux de fréquentation scolaire présentés au tableau 2.4 et au graphique 2.2, il est de 59 % à 6-10 ans, âges correspondant généralement au niveau primaire et de 51 % à 11-15 ans. Ce dernier groupe d'âges est celui des enfants scolarisés (dans le primaire ou dans le secondaire). Le taux de fréquentation est beaucoup plus faible (14 %) à 16-20 ans, âges de scolarisation dans le secondaire, et il est trois fois moins élevé à 21-24 ans (4 %), âges de scolarisation au niveau supérieur. À mesure que le niveau scolaire augmente, la fréquentation féminine décline plus rapidement que celle des hommes de sorte qu'à 21-24 ans la proportion d'hommes suivant un enseignement est, en milieu urbain, plus de deux fois plus élevée que celle des femmes; en milieu rural, la proportion d'hommes est cinq fois plus forte que celle des femmes.

Tableau 2.4 Taux de scolarisation

Proportion de la population (de fait) des ménages, âgée de 6 à 24 ans, fréquentant un établissement scolaire, par âge, selon le sexe et le milieu de résidence, EDS Madagascar 1997

	Hommes			Femmes			Ensemble		
Groupe d'âges	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
6-10	75,3	52,1	57,6	78,0	54,5	59,7	76,6	53,3	58,6
11-15	73,7	45,7	52,7	67,5	43,4	49,5	70,6	44,6	51,1
6-15	74,6	49,4	55,5	73,2	49,9	55,4	73,9	49,6	55,4
16-20	38,7	7,8	16,3	29,5	4,2	11,4	34,2	6,1	13,9
21-24	16,6	1,5	5,8	6,8	0,3	2,2	11,6	0,9	4,0



Selon le milieu de résidence et quels que soient les groupes d'âges considérés, la fréquentation scolaire est beaucoup plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural, conséquence d'une infrastructure scolaire plus développée en milieu urbain qu'en milieu rural.

2.1.2 Structure, taille et composition des ménages

Dans leur grande majorité (78 %), les chefs de ménage sont des hommes (tableau 2.5); les femmes en représentent, cependant, une part non négligeable (22 %). Par ailleurs, les femmes chefs de ménage sont plus fréquemment représentées en milieu urbain (25 %) qu'en milieu rural (21 %), conséquence de ruptures d'union plus fréquentes en ville et d'un nombre élevé de femmes célibataires à la recherche d'un emploi.

Tableau 2.5 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef de ménage, taille du ménage, et pourcentage de ménages comprenant des enfants sans leurs parents, selon le milieu de résidence, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Milieu de résidence Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Chef de ménage					
Homme	79,0	74,1	75,5	79,4	78,4
Femme	21,0	25,9	24,5	20,6	21,6
Nombre de membres habituels					
1	6,6	7,1	6,9	6,6	6,7
2	10,1	12,3	11,7	11,3	11,4
3	14,7	14,0	14,2	14,8	14,6
4	22,7	15,9	17,9	16,3	16,6
5	17,1	13,2	14,3	14,0	14,0
6	12,3	11,7	11,9	12,8	12,6
7	8,5	8,2	8,3	9,0	8,8
8	3,4	5,6	5,0	6,0	5,7
9 ou plus	4,6	12,1	9,9	9,3	9,5
Taille moyenne	4,5	5,0	4,9	4,9	4,9
Pourcentage de ménages avec des enfants sans leurs parents	9,5	19,2	16,4	17,5	17,2

La répartition selon la taille du ménage fait apparaître que les ménages d'une seule personne représentent 7 % du total, et 11 % des ménages sont composés de deux personnes. Les ménages de grande taille, 6 personnes ou plus, représentent 37 % de l'ensemble. Quant à la taille moyenne du ménage, elle est de 4,9 personnes au niveau national, 4,5 personnes dans la capitale et elle est pratiquement identique quel que soit le milieu de résidence (4,9 personnes). Par rapport aux résultats de l'ENDS de 1992 (5,2 personnes), la taille moyenne a donc légèrement diminué.

Les résultats de l'enquête ont permis également de présenter la répartition des enfants de moins de 15 ans, selon qu'ils cohabitent (ou non) avec leurs parents (tableau 2.6).

Sur l'ensemble des 16196 enfants concernés, 67 % vivent avec les deux parents, proportion qui atteint 78 % dans la capitale. Cette proportion tend à diminuer sensiblement avec l'âge : 75 % des 0-2 ans vivent avec leurs parents contre 57 % des 12 ans et plus.

Parmi les 20 % d'enfants vivant avec l'un des parents, plus de trois sur quatre sont avec leur mère.

Les enfants orphelins de père et de mère sont peu nombreux. Ils représentent moins de 1 % de l'ensemble. En revanche, on observe une part non négligeable (8 %) d'enfants ne vivant avec aucun parent bien que ceux-ci soient vivants. Phénomène peu fréquent dans la capitale (5 %), il est particulièrement important dans les autres villes (10 %). Cette situation est très certainement liée aux migrations de travail. Les jeunes adultes des deux sexes vont en ville rechercher un emploi et sont souvent contraints de laisser à la famille tout ou partie de leur descendance.

Notons enfin que le sexe de l'enfant n'a pratiquement aucune incidence sur le mode de cohabitation.

Tableau 2.6 Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents

Répartition (en %) de la population (de fait) des enfants de moins de quinze ans, par état de survie des parents et résidence avec les parents, selon l'âge, le sexe et le milieu de résidence de l'enfant, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Vivant avec les 2 parents	Vivant avec la mère: Père en vie	Vivant avec la mère: Père décédé	Vivant avec le père: Mère en vie	Vivant avec le père: Mère décédée	Vivant avec aucun: Les 2 en vie	Vivant avec aucun: Père en vie	Vivant avec aucun: Mère en vie	Vivant avec aucun: Les 2 décédés	ND	Total	Effectif
Âge												
0-2	75,2	17,2	1,4	0,6	0,3	2,2	0,3	0,1	0,0	2,4	100,0	3 768
3-5	69,9	12,3	2,3	2,4	0,9	8,6	1,0	0,6	0,1	1,9	100,0	3 727
6-8	65,1	10,0	4,1	3,8	1,9	10,0	1,2	1,3	0,4	2,2	100,0	3 481
9-11	62,0	9,5	5,2	3,8	2,6	10,3	1,6	2,0	0,6	2,5	100,0	2 637
12+	56,7	8,5	6,7	4,0	4,0	10,9	1,7	3,1	1,4	2,9	100,0	2 584
Sexe												
Masculin	66,6	12,0	3,6	2,9	1,7	8,1	1,1	1,5	0,4	2,1	100,0	8 246
Féminin	66,9	11,8	3,7	2,6	1,8	8,1	1,1	1,0	0,5	2,6	100,0	7 947
Milieu de résidence												
Capitale	77,8	7,9	3,4	0,7	1,5	5,2	0,8	0,9	0,6	1,1	100,0	779
Autres villes	62,6	15,4	3,1	1,6	2,0	9,8	1,1	1,0	0,4	2,9	100,0	2 774
Ensemble urbain	65,9	13,8	3,2	1,4	1,9	8,8	1,1	1,0	0,5	2,5	100,0	3 553
Rural	66,9	11,4	3,8	3,1	1,7	7,9	1,1	1,3	0,4	2,3	100,0	12 643
Ensemble	66,7	11,9	3,7	2,8	1,8	8,1	1,1	1,3	0,4	2,3	100,0	16 196

2.1.3 Caractéristiques de l'habitat et biens possédés par les ménages

Électricité

Près de 9 ménages malgaches sur 10 ne disposent pas d'électricité (tableau 2.7 et graphique 2.3). La proportion des ménages disposant de l'électricité varie considérablement selon le milieu de résidence; à l'exception de la capitale où 73 % des ménages en disposent, l'électricité est peu répandue dans les autres milieux : la proportion de ménages disposant d'électricité est très faible en milieu rural (2 %); en milieu urbain, cette proportion est de 38 %.

Approvisionnement en eau

Dans l'ensemble, 6 % seulement des ménages sont approvisionnés en eau courante. Les ménages consomment soit l'eau de surface dans 37 % des cas, soit l'eau de puits\forage\puisard dans 24 % des cas, soit l'eau de source dans 22 % des cas. Des disparités s'observent au niveau du milieu de résidence. Excepté pour la capitale (32 %), l'approvisionnement en eau courante est peu fréquent. En milieu rural, les eaux de surface restent les principales sources d'approvisionnement (44 % des ménages), avant l'eau de source (26 %). Le quart des ménages utilisent un puits. En milieu urbain, près de 2 ménages sur 5 s'alimentent à partir d'un robinet public (65 % dans la capitale). Le temps médian pour s'approvisionner en eau est de 11 minutes dans l'ensemble, et il est trois fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural.

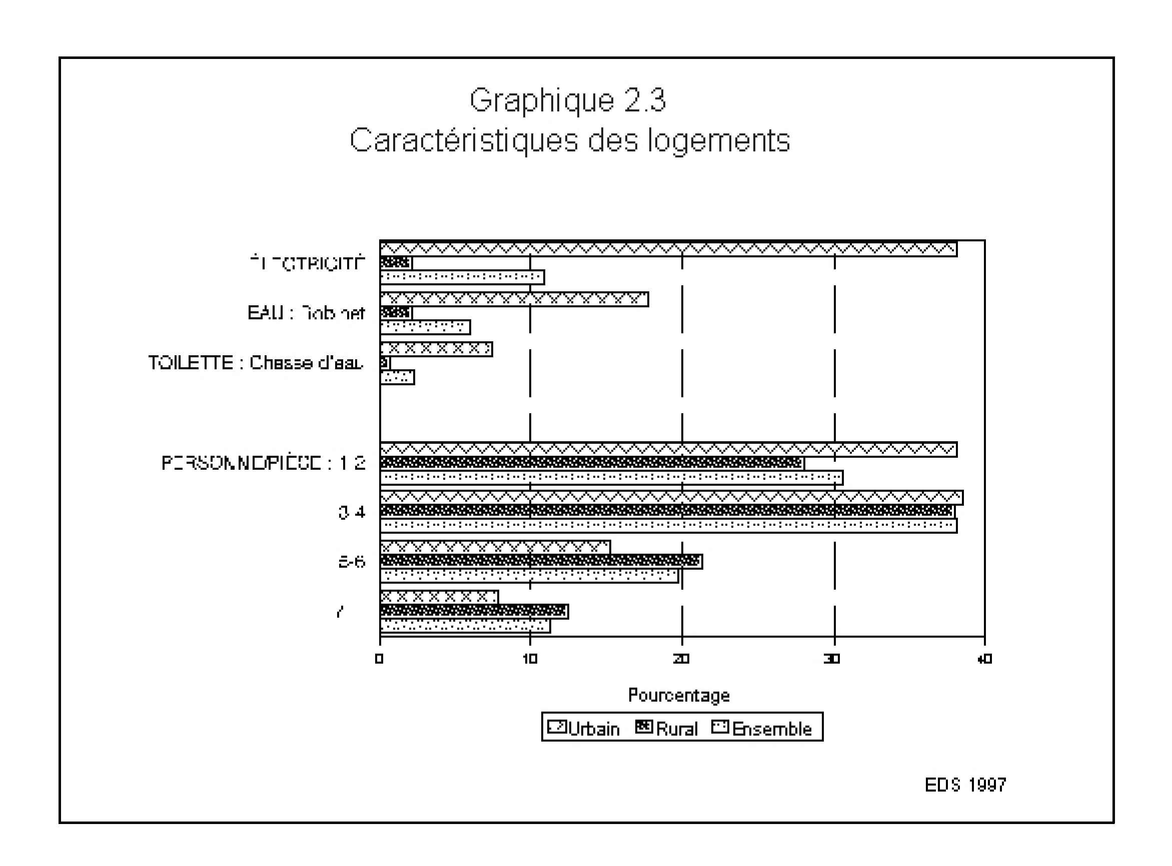
Type de toilettes

Très peu de ménages disposent de toilettes adéquates (2 %). Près de 37 % des ménages disposent de latrines à fosse ventilée ou simple. La proportion des ménages ne disposant d'aucune facilité est très élevée (61 %). Les différences entre milieu de résidence sont très importantes si l'on met à part la capitale. Près de 7 ménages ruraux sur 10 ne disposent d'aucune installation contre 3 ménages urbains sur 10 (32 %). Les ménages qui utilisent les latrines sont deux fois plus nombreux en milieu urbain qu'en milieu rural (60 % contre 30 %).

Tableau 2.7 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages, par caractéristiques des logements, selon le milieu de résidence, EDS Madagascar 1997

	Milieu de résidence				
Caractéristique	Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Électricité					
Non	27,4	76,0	61,9	97,8	89,0
Oui	72,6	24,0	38,1	2,1	10,9
ND	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Approvisionnement en eau à boire					
Branchement particulier	31,6	12,0	17,7	2,2	6,0
Borne fontaine	65,0	27,4	38,3	2,4	11,2
Forage/Puits/Puisard dans le logement	2,5	16,2	12,3	7,8	8,9
Forage/Puits/Puisard à l'extérieur	0,2	11,4	8,2	16,9	14,8
Source	0,6	12,6	9,1	26,1	21,9
Eau de surface	0,0	19,1	13,5	44,0	36,5
Autres	0,1	1,2	0,8	0,5	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Temps nécessaire pour s'approvisionner en eau					
Moins de 15 minutes (en %)	55,7	70,8	66,4	49,6	53,7
Temps médian (en minutes)	10,4	5,8	5,9	15,0	10,8
Type de toilettes					
Chasse d'eau	20,1	2,2	7,4	0,7	2,3
Latrines à fosse ventilée	76,5	41,7	51,8	26,0	32,4
Latrines à fosse simple	1,2	12,1	8,9	3,5	4,8
Pas de toilettes/nature	2,0	44,0	31,8	69,8	60,5
Autre	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de personnes par pièce utilisée pour dormir					
1-2	42,9	36,2	38,1	28,1	30,6
3-4	37,1	39,1	38,5	38,0	38,1
5-6	13,6	15,9	15,2	21,3	19,8
7 ou plus	6,1	8,7	7,9	12,5	11,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyenne	3,2	3,6	3,5	4,0	3,9
Effectif de ménages	512	1 252	1 764	5 407	7 171



Nombre de personnes par pièce

La question relative au nombre de pièces utilisées par le ménage pour dormir a permis de calculer le nombre de personnes par pièce. Cet indice est une mesure du développement socio-économique et sanitaire du ménage. Dans 31 % des cas, une à deux personnes dorment dans une même pièce, dans 38 % des cas, 3 à 4 personnes partagent la même chambre et dans plus de 31 % des cas, les membres sont très entassés (5 personnes ou plus). En moyenne, 3,9 personnes dorment dans une même pièce, cet indicateur est de 3,5 personnes en milieu urbain et 3,2 dans la capitale.

Biens possédés par le ménage

La proportion de ménages possédant des biens durables est en général faible, surtout en milieu rural. Parmi les biens possédés par les ménages, le poste radio est le plus répandu : 86 % dans la capitale, 58 % en milieu urbain et 32 % en milieu rural. Hormis la capitale (49 %), le téléviseur n'est disponible que dans un ménage urbain sur 5 (22 %), le téléphone et le réfrigérateur sont rares. Moins d'un ménage sur dix (9 %) dispose d'une voiture dans la capitale, et 14 % seulement des ménages ruraux possèdent une charrette.

Consommation du sel iodé par le ménage

Il est établi qu'une faible consommation de sel iodé peut entraîner un retard du développement mental chez l'enfant et une apparition du goitre chez les adultes.

Ainsi, lors de l'enquête, on a demandé quel type de sel utilisait le ménage; ce sel était ensuite testé de façon à déterminer s'il était effectivement iodé ou non. C'est en fonction de la coloration au cours du test que l'enquêtrice devait conclure que le sel était iodé ou non (tableau 2.8).

Tableau 2.8 Biens durables possédés par le ménage

Pourcentage de ménages possédant certains biens de consommation durables, selon le milieu de résidence, EDS Madagascar 1997

Biens durables	Milieu de résidence: Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Radio	85,5	47,1	58,2	31,7	38,2
Télévision	49,3	10,3	21,6	1,3	6,3
Téléphone	5,1	0,7	2,0	0,1	0,6
Réfrigérateur	9,4	2,7	4,7	0,2	1,3
Bicyclette	5,1	9,2	8,0	4,4	5,3
Charrette	0,8	9,7	7,1	13,9	12,2
Motocyclette	1,6	1,1	1,2	0,3	0,5
Voiture	8,9	1,0	3,3	0,2	1,0
Aucun	13,2	46,7	37,0	60,5	54,7
Effectif de ménages	512	1 252	1 764	5 407	7 171

Il ressort du tableau 2.9 que sur les 7171 ménages enquêtés, 3 % ne disposaient pas de sel au moment de l'interview. Parmi les ménages qui disposaient du sel au moment de l'interview, les résultats du test indiquaient que pour 73 %, le sel était iodé, et que dans 19 % des cas, les ménages consommaient du sel non iodé.

Selon le milieu de résidence, on constate que les ménages du milieu urbain consomment beaucoup plus de sel iodé que ceux du milieu rural, 78 % contre 71 %. La capitale Antananarivo se distingue par une consommation de sel iodé très élevée 82 %. Quant au niveau des provinces, Toliary se distingue des autres provinces par une proportion de ménages qui consomment plus fréquemment du sel non iodé (75 %); on trouve ensuite les ménages de la province de Fianarantsoa (22 %).

Tableau 2.9 Consommation de sel iodé

Répartition des ménages par type de sel utilisé pour la cuisine selon le milieu de résidence et la province (Faritany), EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Type de sel consommé: Sel iodé	Sel non iodé	N'a pas utilisé de sel	Sel non testé	Total	Effectif de ménages
Milieu de résidence						
Capitale	82,2	4,1	3,4	10,4	100,0	512
Autres villes	75,5	17,7	1,9	4,8	100,0	1 252
Ensemble urbain	77,5	13,8	2,4	6,4	100,0	1 764
Rural	71,2	20,7	3,3	4,7	100,0	5 407
Province (Faritany)						
Antananarivo	87,0	4,6	4,9	3,5	100,0	2 180
Fianarantsoa	68,5	21,9	1,7	8,0	100,0	1 345
Toamasina	86,3	3,6	1,6	8,4	100,0	1 081
Mahajanga	86,0	8,7	2,3	3,1	100,0	911
Toliary	16,3	74,8	3,6	5,3	100,0	1 081
Antsiranana	88,3	7,4	2,7	1,6	100,0	574
Ensemble	72,8	19,0	3,1	5,1	100,0	7 171

2.2 ENQUÊTE INDIVIDUELLE

2.2.1 Caractéristiques des femmes enquêtées

L'analyse des caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées revêt une grande importance pour la compréhension des phénomènes étudiés dans ce rapport (comportement des femmes en matière de fécondité, de contraception, de santé,...). Le questionnaire a permis de recueillir des caractéristiques telles que l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'instruction, le milieu de résidence et la religion. De plus, le questionnaire comprend des questions sur l'accès aux média, variable importante pour la mise en place des programmes de santé et de planification familiale.

Structure par âge des femmes enquêtées

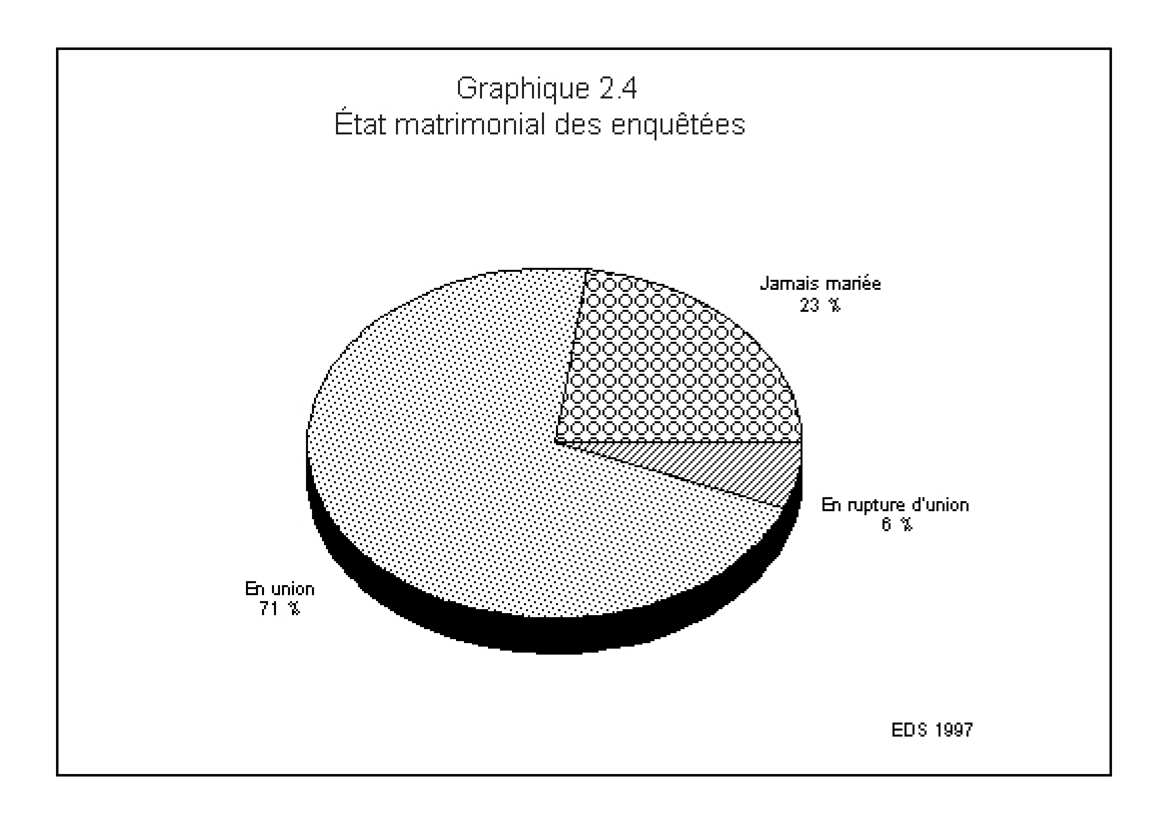
L'âge, variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques, est une information difficile à recueillir de façon fiable dans un pays où la plus grande partie de la population est illettrée. Un soin particulier a été accordé à la détermination de l'âge au moment de l'enquête. On a demandé aux femmes leur mois et année de naissance, puis leur âge. Lorsque la date de naissance et l'âge étaient obtenus, l'enquêtrice contrôlait la cohérence entre les deux informations. Dans le cas où l'enquêtée ne connaissait pas son âge, l'enquêtrice essayait d'obtenir un document officiel tel que l'acte de naissance, la carte d'identité, etc... sur lequel la date de naissance figure. Lorsqu'aucun document n'était disponible, l'enquêtrice devait procéder à une estimation, soit à partir de l'âge d'autres membres du ménage, soit par déduction à partir de l'histoire de la femme, ou encore, le plus souvent, en utilisant le calendrier des événements historiques.

La répartition par groupe d'âges quinquennal, des femmes de 15-49 ans, présente une allure régulière, décroissante avec l'âge des enquêtées : de 22 % à 15-19 ans, elles ne représentent plus que 7 % de l'ensemble dans la tranche d'âges 45-49 ans (tableau 2.10).

Tableau 2.10 Caractéristiques socio-démographiques des enquêté(e)s

Répartition (en %) des femmes par âge, état matrimonial, milieu et province (Faritany) de résidence, et niveau d'instruction, EDS Madagascar 1997

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non pondéré
Groupes d'âges			
15-19	22,0	1 553	1 577
20-24	18,8	1 325	1 337
25-29	16,9	1 196	1 173
30-34	14,3	1 012	1 006
35-39	12,0	844	842
40-44	9,2	652	650
45-49	6,8	477	475
État matrimonial actuel			
Jamais mariée	23,4	1 650	1 743
Mariée	48,0	3 392	3 280
Vivant avec quelqu'un	14,8	1 043	1 076
Veuve	2,2	157	142
Divorcée	3,5	245	225
Ne vivant pas ensemble	8,1	572	593
ND	0,0	1	1
Milieu de résidence			
Capitale	9,0	636	1 286
Autres villes	19,1	1 351	1 090
Ensemble urbain	28,1	1 987	2 376
Rural	71,9	5 073	4 684
Province (Faritany)			
Antananarivo	33,8	2 387	2 460
Fianarantsoa	20,3	1 432	1 086
Toamasina	14,3	1 007	875
Mahajanga	12,1	852	1 028
Toliary	12,4	876	762
Antsiranana	7,2	506	849
Niveau d'instruction			
Aucun	21,2	1 499	1 465
Primaire	51,9	3 662	3 439
Secondaire ou supérieur	26,9	1 897	2 154
Fréquente l'école actuellement			
Oui	4,1	290	356
Non	95,6	6 752	6 684
ND	0,2	18	20
Religion			
Catholique	35,2	2 484	2 399
Protestant	40,3	2 843	2 814
Islam	0,7	50	69
Traditionnelle	4,2	296	377
Sans religion	19,5	1 377	1 391
Autre	0,0	3	2
ND	0,1	7	8
Ensemble	100,0	7 060	7 060



État matrimonial

Dans l'EDS, le concept de "*mariage*" concerne toutes les formes de mariage ou d'union, qu'elles soient légales ou non, formelles ou non. Le tableau 2.10 et le graphique 2.4 montrent que 71 % des femmes de 15-49 ans sont en union; Cependant, on constate que 8 % de femmes ne vivent pas avec leur conjoint, alors qu'elles sont en union. Les célibataires représentent 23 % des femmes et les ruptures d'union ne concernent qu'une faible proportion des femmes enquêtées (6 %).

Milieu de résidence

Le concept "urbain/rural" de l'EDS de 1997 diffère de celui de l'ENDS de 1992. En 1997, le milieu urbain est constitué par "l'ensemble des chefs-lieux des Fivondronampokontany (préfectures ou sous préfectures) à l'exception de huit de ces chefs-lieux dont Antananarivo-Avaradrano, Antananarivo Atsimondrano et tous les Fivondronampokontany II. Le reste constitue le milieu rural"[1]. En 1992, le milieu urbain était formé par les 48 centres de plus de 4 000 habitants (y compris les 6 chefs-lieux de provinces et la ville d'Antsirabe) où il existait un plan d'urbanisme. Ainsi, toute comparaison au niveau du milieu de résidence doit être analysée avec une certaine réserve. Au cours de l'EDS-97, 9 % des femmes enquêtées résident dans la capitale et 19 % dans les autres villes. Les femmes du milieu rural représentent 72 % des enquêtées contre 28 % pour l'ensemble du milieu urbain.

Religion

Les trois-quarts des femmes enquêtées sont chrétiennes (76 %) : 40 % sont protestantes et 35 % catholiques. Moins d'un pour cent des femmes sont musulmanes et une part non négligeable des femmes (20 %) ne pratiquent aucune religion. La religion traditionnelle n'est pratiquée que par 4 % des femmes.

---

[1] Recensement Général de la Population et de l'Habitat. RGPH-1993. INSTAT

Niveau d'instruction et raisons d'abandon de l'école

La variable "niveau d'instruction" a été considérée dans toutes les enquêtes comme une variable de différenciation et d'explication des phénomènes étudiés. Des questions sur le niveau d'études et la dernière classe achevée avec succès ont été posées pour chaque femme éligible. Les résultats sont présentés dans le tableau 2.11 selon certaines caractéristiques socio-démographiques des enquêtées.

La moitié des femmes enquêtées ont atteint le niveau primaire (52 %), et plus d'un quart ont effectué le niveau secondaire et plus (27 %). Des variations importantes apparaissent au niveau des caractéristiques socio-démographiques des femmes. On peut noter que c'est en milieu rural que les proportions de femmes sans instruction sont les plus élevées, 25 % contre 11 % en milieu urbain; c'est surtout dans la capitale que les femmes sont le plus fréquemment instruites (98 %). Au niveau des provinces, Toliary se distingue par une proportion très élevée de femmes sans instruction (48 %), suivi de Mahajanga (33 %). C'est dans les provinces d'Antananarivo et de Toamasina que les proportions de femmes sans instruction se situent en dessous de la moyenne nationale, proportions égales à, respectivemente, 6 % et 17 %. On constate que la proportion des femmes sans instruction augmente avec l'âge : 21 % des femmes de 15-19 ans sont sans instruction contre 32 % chez celles de 45-49 ans.

Au cours de l'EDS, des questions relatives à la fréquentation scolaire et aux raisons de l'abandon de l'école ont été posées aux enquêtées âgées de moins de 25 ans. Le tableau 2.12 présente la répartition de ces femmes selon les raisons de l'abandon et le niveau d'instruction atteint.

Tableau 2.11 Niveau d'instruction des femmes selon les caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes par niveau d'instruction atteint, selon le groupe d'âges, le milieu et la province (Faritany) de résidence, EDS Madagascar 1997

	Niveau d'instruction des femmes					
Caractéristique	Aucun	Primaire	Secondaire ou supérieur	NSP/ND	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-19	21,1	54,1	24,8	0,0	100,0	1 553
20-24	17,6	54,9	27,4	0,0	100,0	1 325
25-29	17,2	50,0	32,8	0,0	100,0	1 196
30-34	21,7	42,4	35,9	0,0	100,0	1 012
35-39	25,1	51,2	23,6	0,1	100,0	844
40-44	23,0	58,3	18,6	0,1	100,0	652
45-49	31,7	53,3	15,0	0,0	100,0	477
Milieu de résidence						
Capitale	2,4	26,5	70,9	0,2	100,0	636
Autres villes	14,9	41,2	43,9	0,0	100,0	1 351
Ensemble urbain	10,9	36,5	52,6	0,0	100,0	1 987
Rural	25,3	57,9	16,8	0,0	100,0	5 073
Province (Faritany)						
Antananarivo	5,5	56,3	38,2	0,0	100,0	2 387
Fianarantsoa	27,2	56,0	16,8	0,0	100,0	1 432
Toamasina	16,8	56,5	26,7	0,0	100,0	1 007
Mahajanga	32,8	45,2	22,0	0,0	100,0	852
Toliary	48,3	31,8	19,9	0,0	100,0	876
Antsiranana	21,2	56,2	22,6	0,0	100,0	506
Ensemble	21,2	51,9	26,9	0,0	100,0	7 060

Tableau 2.12 Fréquentation scolaire et raisons de l'abandon de l'école

Répartition (en %) des femmes de 15 à 24 ans par fréquentation scolaire et raisons de l'abandon de l'école, EDS Madagascar 1997

	Milieu de résidence				
Caractéristique	Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Fréquente l'école actuellement					
Oui	33,2	22,7	26,3	6,1	12,5
Non	65,3	76,8	72,8	93,2	86,7
ND	1,5	0,5	0,9	0,7	0,8
Raisons d'abandon scolaire					
Toujours scolarisée	33,2	22,7	26,3	6,1	12,5
Est tombée enceinte	1,2	4,0	3,0	1,3	1,9
S'est mariée	5,2	7,7	6,8	6,5	6,6
S'occupe des enfants	0,6	1,2	1,0	1,7	1,5
Aide sa famille	2,7	10,6	7,9	11,7	10,5
Ne pouvait payer écolage	20,7	16,5	18,0	20,5	19,7
Avait besoin argent	8,3	3,3	5,0	3,4	3,9
Assez diplômée	2,7	0,3	1,1	1,8	1,6
A pas réussi examen	8,1	9,3	8,9	11,6	10,7
N'aimait pas l'école	7,5	13,3	11,3	18,8	16,4
École non accessible	1,5	3,0	2,5	3,7	3,3
École fermée/Pas de professeur	0,0	2,2	1,5	4,8	3,8
Problème de santé	3,5	2,7	3,0	4,1	3,7
Autre	1,7	0,9	1,2	1,2	1,2
NSP/ND	3,1	2,4	2,6	2,8	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	256	485	742	1 576	2 317

Dans l'ensemble, 87 % des enquêtées ont déclaré ne plus fréquenter l'école. La proportion est plus élevée en milieu rural que dans les autres milieux : 93 % contre 73 % en milieu urbain; dans la capitale, cette proportion est de 65 %. Quant aux principales raisons de l'abandon de l'école, on constate que 20 % des enquêtées ont évoqué qu'elles ne pouvaient plus payer leur frais de scolarité, 16 % n'aimaient pas l'école, 11 % n'ont pas réussi leur examen et 10 % devaient aider leur famille (tableau 2.12).

2.2.2 Accès aux média

La facilité d'accès aux média est d'une grande importance car elle peut favoriser l'accès des femmes aux programmes d'Information, Education et Communication (IEC) en matière de Planification Familiale, MST-Sida, etc... Les données du tableau 2.13 montrent que 68 % des femmes n'ont pas accès aux média et que, dans l'ensemble, 27 % lisent des journaux, 14 % regardent la télévision et 40 % écoutent la radio.

Ces proportions varient selon certaines caractéristiques des femmes, en l'occurrence le milieu de résidence et le niveau d'instruction. En effet, les proportions de femmes sans instruction qui ont accès aux média sont relativement faibles : 15 % écoutent la radio, 2 % regardent la télévision et presque personne ne lit des journaux (moins de 1 %). Il faut noter que la proportion des femmes ayant accès aux média augmente avec le niveau d'instruction.

La proportion des femmes qui ont accès aux média est plus élevée dans la capitale que dans les autres villes et en milieu rural : 4 % regardent la télévision en milieu rural, 27 % dans les autres villes et 68 % dans la capitale. Par la suite, deux provinces se distinguent des autres quant à l'accès aux média : Antananarivo et Antsiranana et cela quel que soit le type de média (tableau 2.13). Quelles que soient les caractéristiques des enquêtées, la radio est le média le plus utilisé. Ce besoin d'information, semble

Tableau 2.13 Accès des femmes aux média

Pourcentage des femmes qui, habituellement, lisent un journal, au moins, une fois par semaine, regardent la télévision, au moins, une fois par semaine ou écoutent la radio, au moins, une fois par jour selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Accés aux média: Aucun média	Lit un journal	Regarde télévision	Écoute la radio	Effectif des femmes
Groupe d'âges					
15-19	64,4	29,4	15,7	38,5	1 553
20-24	67,7	26,2	13,9	38,6	1 325
25-29	68,8	27,4	11,1	40,5	1 196
30-34	66,5	25,9	15,2	40,2	1 012
35-39	69,5	25,7	13,7	39,9	844
40-44	69,0	26,0	14,0	42,2	652
45-49	76,5	19,2	11,0	38,8	477
Milieu de résidence					
Capitale	20,2	55,8	68,2	85,1	636
Autres villes	50,9	37,7	26,6	53,3	1 351
Ensemble urbain	41,1	43,5	39,9	63,5	1 987
Rural	78,5	19,8	3,6	30,3	5 073
Province (Faritany)					
Antananarivo	58,4	31,3	25,5	55,7	2 387
Fianarantsoa	74,6	23,2	5,2	23,4	1 432
Toamasina	69,6	26,1	8,6	37,6	1 007
Mahajanga	72,4	24,6	7,6	37,8	852
Toliary	77,7	19,7	8,5	23,5	876
Antsiranana	66,0	29,1	12,5	45,1	506
Niveau instruction					
Aucun	97,3	0,9	2,0	14,5	1 499
Primaire	72,0	24,7	6,7	34,0	3 662
Secondaire ou supérieur	36,9	50,1	36,7	70,4	1 897
Ensemble	67,9	26,5	13,8	39,6	7 060

sensiblement plus important parmi les femmes les plus jeunes et surtout parmi les plus instruites. Encore faut-il que les moyens financiers et les conditions locales permettent cet accès, ce qui paraît être encore trop rarement le cas en milieu rural où 79 % des femmes n'ont accès à aucun média contre 20 % dans la capitale.

2.3 EMPLOI

2.3.1 Emploi des femmes

L'EDS a collecté des informations relatives à l'emploi des femmes et à sa durée au cours des douze derniers mois. Le tableau 2.14 montre que 21 % des femmes enquêtées n'occupaient aucun emploi au moment de l'enquête. Cette proportion est particulièrement forte en milieu urbain (32 %) et plus encore dans la capitale (36 %). Le travail permanent (toute l'année) concerne 57 % des femmes et parmi elles, une grande majorité (87 %) travaillent à temps plein. Le travail saisonnier occupe une place importante puisqu'il touche 18 % des femmes. Il est bien sûr plus important en milieu rural (21 %). Au niveau des provinces, Antananarivo et Fianarantsoa sont celles qui comptent le plus de femmes en activité, respectivement 83 % et 80 %. Les travailleuses à temps plein se trouvent surtout dans les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa (respectivement 63 %), Toliary (42 %), tandis que celles qui occupent un travail saisonnier sont proportionnellement plus nombreuses dans les provinces de Mahajanga (45 %), et Antsiranana (39 %). Plus

Tableau 2.14 Emploi

Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont ou non un emploi et selon la durée de l'emploi, par caractéristique socio-démographique, EDS Madagascar 1997

	Ne travaille pas moment de l'enquête		Travaille au moment de l'enquête						
			Toute l'année						
Caractéristique	N'a pas travaillé dans les 12 derniers mois	A travaillé dans les 12 derniers mois	5 jours ou plus par semaine	Moins de 5 jours par semaine	Saisonnièrement	Occasionnellement	ND	Total	Effectif
Groupe d'âges									
15-19	34,0	1,3	38,1	6,9	17,0	2,8	0,0	100,0	1 553
20-24	22,8	2,2	46,6	7,7	18,4	2,2	0,1	100,0	1 325
25-29	15,7	1,9	52,0	8,1	19,7	2,6	0,0	100,0	1 196
30-34	16,1	1,3	54,7	8,2	16,9	2,5	0,3	100,0	1 012
35-39	15,2	0,6	56,0	7,3	18,0	2,7	0,3	100,0	844
40-44	13,9	0,7	59,6	7,5	16,8	1,1	0,3	100,0	652
45-49	13,9	1,5	55,9	9,1	16,8	2,8	0,0	100,0	477
Milieu de résidence									
Capitale	35,8	1,2	51,9	4,6	2,6	3,7	0,2	100,0	636
Autres villes	30,0	2,5	46,3	6,2	12,2	2,8	0,0	100,0	1 351
Ensemble urbain	31,9	2,1	48,1	5,7	9,1	3,1	0,1	100,0	1 987
Rural	16,4	1,2	50,4	8,5	21,2	2,2	0,2	100,0	5 073
Province									
(Faritany)	17,0	1,0	62,9	7,2	9,1	2,6	0,2	100,0	2 387
Antananarivo	20,1	1,0	62,6	7,4	5,6	3,0	0,2	100,0	1 432
Fianarantsoa	29,0	1,9	33,3	12,3	21,9	1,6	0,0	100,0	1 007
Toamasina	10,8	1,9	31,2	9,8	45,0	1,2	0,0	100,0	852
Mahajanga	31,7	2,9	42,3	2,4	17,8	2,5	0,3	100,0	876
Toliary	21,6	0,4	28,1	7,0	39,4	3,5	0,0	100,0	506
Antsiranana									
Niveau instruction									
Aucun	19,8	1,0	47,0	7,6	23,0	1,4	0,2	100,0	1 499
Primaire	15,0	1,4	53,0	8,6	19,4	2,4	0,2	100,0	3 662
Secondaire ou supérieur	32,6	1,9	45,5	6,1	10,6	3,3	0,0	100,0	1 897
Ensemble	20,8	1,4	49,7	7,7	17,8	2,4	0,1	100,0	7 060

de la moitié (53 %) des femmes de niveau d'instruction primaire travaillent à plein temps et le travail saisonnier est particulièrement fréquent parmi celles qui n'ont aucune instruction (23 %). La proportion des femmes occupées à temps plein augmente avec l'âge, passant de 47 % à 20-24 ans à 60 % à 40-44 ans. En revanche, la variation est faible chez les femmes travaillant d'une manière saisonnière.

2.3.2 Employeur et formes de revenus

Le questionnaire de l'EDS a permis de recueillir des données sur l'occupation des femmes enquêtées classées par type d'employeurs et formes de revenus. Le tableau 2.15 présente la répartition des femmes occupées selon certaines caractéristiques socio-démographiques. On note que plus des trois-quarts (77 %) des femmes ayant un emploi sont à leur propre compte et, dans la majorité des cas (42 %), elles gagnent de l'argent. Par ailleurs, 11 % des femmes travaillent pour un parent et 12 % travaillent pour quelqu'un d'autre. Les femmes travaillant pour leur propre compte sont nombreuses en milieu rural (81 %) et dans les provinces d'Antsiranana (85 %) et de Toamasina (82 %), alors que celles qui gagnent de l'argent vivent plutôt en milieu urbain (47 %), et dans les provinces d'Antsiranana (75 %), de Mahajanga et de Fianarantsoa (57 % chacune). Une grande majorité des femmes sans instruction sont indépendantes (80 %) mais 38 % seulement gagnent de l'argent.

Tableau 2.15 Employeur et formes de revenus

Répartition (en %) des femmes ayant un emploi par type d'employeur et par forme de revenus, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Travaille à son compte		Travaille pour quelqu'un d'autre		Travaille pour parents				
Caractéristique	Gagne de l'argent	Ne gagne pas de l'argent	Gagne de l'argent	Ne gagne pas de l'argent	Gagne de l'argent	Ne gagne pas de l'argent	ND	Total	Effectif de femmes ayant un emploi
Groupe d'âges									
15-19	31,0	31,7	8,9	1,3	8,6	18,3	0,1	100,0	1 005
20-24	39,0	35,5	10,0	1,0	5,9	8,6	0,0	100,0	993
25-29	46,5	35,8	8,2	1,5	3,6	4,0	0,4	100,0	986
30-34	47,1	32,5	12,1	0,8	3,0	4,0	0,5	100,0	835
35-39	48,5	33,3	11,5	1,4	3,0	2,2	0,1	100,0	708
40-44	46,0	35,3	12,4	0,6	2,0	3,5	0,2	100,0	557
45-49	36,9	46,0	13,5	0,9	1,1	1,5	0,0	100,0	404
Milieu de résidence									
Capitale	42,9	0,4	50,4	0,4	3,8	1,6	0,5	100,0	400
Autres villes	48,5	23,6	16,1	0,4	5,8	5,6	0,0	100,0	912
Ensemble urbain	46,8	16,5	26,6	0,4	5,2	4,4	0,2	100,0	1 312
Rural	40,4	40,6	5,4	1,4	4,2	7,8	0,2	100,0	4 175
Province (Faritany)									
Antananarivo	30,6	41,8	18,0	1,3	3,0	5,1	0,3	100,0	1 955
Fianarantsoa	57,0	18,8	2,2	0,1	9,3	12,6	0,0	100,0	1 127
Toamasina	26,1	55,9	9,2	1,0	2,0	5,7	0,2	100,0	696
Mahajanga	57,0	22,8	10,5	2,7	3,3	3,5	0,1	100,0	743
Toliary	27,3	49,9	3,7	1,4	4,8	12,2	0,8	100,0	572
Antsiranana	75,2	10,2	9,4	0,2	3,4	1,6	0,0	100,0	395
Niveau instruction									
Aucun	37,7	42,6	3,8	1,4	5,1	9,0	0,3	100,0	1 187
Primaire	41,9	37,8	6,9	1,2	4,5	7,4	0,2	100,0	3 057
Secondaire ou supérieur	46,0	20,3	25,5	0,6	3,5	4,0	0,1	100,0	1 243
Ensemble	41,9	34,9	10,5	1,1	4,4	7,0	0,2	100,0	5 488

2.3.3 Occupation de la femme selon la branche d'activité

Parmi les femmes occupant un emploi, la plus grande partie travaille dans l'agriculture (71 %), soit sur leur propre terre (41 %), soit sur celle d'un membre de la famille (24 %) (tableau 2.16). Les femmes qui louent les terres qu'elles cultivent ne représentent que 3 % des cas. En outre, on constate que les femmes les plus âgées travaillent presque exclusivement dans le secteur agricole (72 % à 45-49 ans). On retrouve les professions techniques et les services surtout chez les femmes du niveau secondaire ou plus (respectivement, 13 % et 26 %), ainsi que chez les femmes du milieu urbain, (9 % et 28 %, notamment celles de la capitale (16 % et 33 %).

Tableau 2.16 Occupation des femmes

Répartition (en %) des femmes ayant un emploi par type d'occupation actuelle et par catégorie de terres sur lesquelles elles travaillent selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Occupation de l'enquêtée										
	Agricole				Non-agricole						
Caractéristique	Propre terre	Terre familiale	Terre louée/	Autre	Profes-sionnel/ Techni-cien/ Admini-stration	Ventes, Ser-vices	Travail manuel qualifié	Travail manuel non qualifié	Autre	Total[1]	Effectif de femmes ayant un emploi
Groupe d'âges											
15-19	27,0	42,6	2,1	2,7	0,0	9,8	8,9	6,8	0,1	100,0	1 005
20-24	38,0	31,7	2,2	2,8	0,8	12,7	6,5	5,5	0,0	100,0	993
25-29	47,8	18,4	2,1	2,5	1,4	13,6	10,0	4,1	0,0	100,0	986
30-34	40,2	18,6	3,0	3,9	4,9	13,1	10,7	5,2	0,4	100,0	835
35-39	45,2	15,6	3,4	4,0	7,0	11,5	8,3	4,5	0,6	100,0	708
40-44	47,4	12,4	2,9	3,5	6,1	13,3	9,5	4,9	0,1	100,0	557
45-49	56,8	10,2	1,4	3,7	5,1	9,2	7,8	5,0	0,7	100,0	404
Milieu de résidence											
Capitale	0,6	0,4	0,4	0,2	15,8	33,4	27,6	21,4	0,1	100,0	400
Autres villes	28,0	14,0	1,9	2,9	6,2	26,0	9,9	11,1	0,0	100,0	912
Ensemble urbain	19,7	9,9	1,4	2,1	9,1	28,2	15,3	14,2	0,0	100,0	1 312
Rural	48,2	28,0	2,8	3,5	1,1	6,9	6,8	2,4	0,3	100,0	4 175
Province (Faritany)											
Antananarivo	39,3	20,3	1,9	3,1	5,0	11,7	11,2	6,8	0,6	100,0	1 955
Fianarantsoa	52,0	20,8	0,6	1,8	1,2	9,2	12,0	2,4	0,0	100,0	1 127
Toamasina	36,8	31,2	2,3	4,8	3,1	12,2	4,5	5,0	0,0	100,0	696
Mahajanga	33,7	31,3	6,8	4,3	2,5	11,7	3,6	6,0	0,1	100,0	743
Toliary	53,2	16,0	3,2	2,5	1,1	13,2	7,8	2,9	0,2	100,0	572
Antsiranana	26,0	32,0	1,8	3,7	1,9	20,3	6,8	7,5	0,0	100,0	395
Niveau instruction											
Aucun	53,4	26,6	2,8	3,4	0,0	5,2	6,2	2,3	0,2	100,0	1 187
Primaire	45,2	26,6	2,9	3,5	0,0	9,2	6,9	5,3	0,4	100,0	3 057
Secondaire ou supérieur	20,3	13,8	1,2	2,4	13,2	25,5	15,9	7,7	0,0	100,0	1 243
Ensemble	41,3	23,7	2,5	3,2	3,0	12,0	8,8	5,2	0,2	100,0	5 488

[1] Y compris les "non-déterminés"

2.3.4 Décision sur l'utilisation des revenus

La prise de décision de l'utilisation des revenus générés par la femme permet d'évaluer l'autonomie de celle-ci dans le ménage. D'après les données du tableau 2.17, on constate que 44 % des femmes enquêtées décident elles-mêmes de l'utilisation de leur argent, et que 36 % décident d'un commun accord avec leur conjoint. Les femmes du milieu urbain ont plus fréquemment tendance à décider seules de l'utilisation de leur argent que celles du milieu rural (52 % contre 40 %). L'autonomie est également liée au niveau d'instruction (49 % des femmes du secondaire ou plus contre 40 % de celles sans instruction). Selon l'âge de la femme, le pourcentage de femmes qui décident seules de l'utilisation de leurs revenus varie très faiblement, à l'exception du groupe d'âges le plus âgé (45-49 ans) dans lequel la proportion atteint 54 %. Au niveau des provinces, les femmes ont beaucoup plus d'autonomie dans les provinces de Toamasina (61 %) et d'Antsiranana (52 %) quant à l'utilisation de leur revenu.

Tableau 2.17 Décision sur l'utilisation des revenus des femmes

Répartition (en %) des femmes gagnant de l'argent par personne décidant de l'utilisation de cet argent, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Décision sur l'utilisation des revenus						
	Enquêtée décide seule	Partenaire décide seul	En accord avec partenaire	Autre personne décide seule	En accord avec autre personne	Total[1]	Effectif de femmes gagnant de l'argent
Groupe d'âges							
15-19	42,4	3,9	21,5	18,7	13,4	100,0	487
20-24	42,9	7,9	35,9	5,9	6,2	100,0	545
25-29	42,6	11,2	39,7	2,6	3,3	100,0	576
30-34	43,0	13,4	41,2	1,0	1,3	100,0	520
35-39	45,5	11,5	40,9	0,5	1,6	100,0	446
40-44	44,5	11,6	41,9	0,4	1,7	100,0	337
45-49	54,4	11,8	32,4	0,0	1,4	100,0	208
Milieu de résidence							
Capitale	58,1	10,8	23,6	3,9	3,3	100,0	389
Autres villes	47,9	7,7	34,6	3,8	5,6	100,0	642
Ensemble urbain	51,7	8,9	30,5	3,8	4,7	100,0	1 032
Rural	40,3	10,5	39,3	5,1	4,4	100,0	2 089
Province (Faritany)							
Antananarivo	43,3	16,4	29,1	5,3	5,6	100,0	1 011
Fianarantsoa	44,5	10,0	34,0	6,4	4,4	100,0	772
Toamasina	61,0	9,2	19,9	5,8	2,6	100,0	259
Mahajanga	32,7	2,7	57,1	2,2	5,4	100,0	526
Toliary	41,6	12,3	37,6	5,0	3,5	100,0	205
Antsiranana	51,5	1,6	42,8	1,9	2,2	100,0	347
Niveau instruction							
Aucun	40,1	7,6	43,7	4,9	3,2	100,0	553
Primaire	42,4	10,2	36,0	6,2	4,9	100,0	1 633
Secondaire ou supérieur	49,3	11,0	32,7	2,0	4,6	100,0	933
État matrimonial							
Pas en union	74,7	0,1	0,2	12,7	12,0	100,0	1 118
Actuellement en union	27,0	15,5	56,5	0,3	0,3	100,0	2 002
Ensemble	44,1	10,0	36,4	4,7	4,5	100,0	3 120

[1]Y compris les "non-déterminés"

2.3.5 Soins des enfants et travail

Plus de la moitié (57 %) des femmes enquêtées ont, au moins, un enfant de moins de 6 ans. Parmi elles, 45 % adaptent leur emploi du temps pour assurer elles-mêmes la garde de leurs enfants, 19 % les confient à un autre parent, 23 % à une fille ou à un fils et 4 % seulement au conjoint. Seules 3 % des femmes occupées ont recours aux services d'une domestique. Le recours à une garderie est une pratique extrêmement rare qui ne concerne encore que 1 % des femmes. Les femmes rurales laissent davantage la garde des enfants aux membres de la famille : conjoint, fille ou fils (29 % contre 19 % en milieu urbain). Dans la capitale, 13 % des femmes occupées laissent leurs enfants aux soins des domestiques. Quant aux femmes qui travaillent pour une autre personne, 23 % seulement s'occupent de leur enfants; dans 27 % des cas, les enfants sont entre les mains des membres de la famille, et dans 11 % des cas ils sont confiés une domestique.

Tableau 2.18 Soins des enfants et travail

Répartition (en %) des femmes ayant un emploi et un enfant de moins de 6 ans et répartition (en %) des mères ayant un emploi et un enfant de moins de 6 ans par genre de personne qui prend soin de l'enfant pendant qu'elle travaille, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Nombre d'enfants de - de 6 ans		Garde des enfants											
Caractéristique	Pas enfant 6 ans	<Au moins un enfant	En-quêtée	Mari/ parte-naire	Autres parents	Voisins/ Amis	Domes-tique/ garde	Enfant à l'école/ Garderie	Autre fille	Autre garçon	Pas travaillé depuis la dernière nais-sance	Autre/ ND	Total	Effectif
Milieu de résidence														
Capitale	65,6	34,4	36,7	6,1	20,1	1,8	12,6	7,5	5,8	1,4	0,0	7,9	100,0	400
Autres villes	47,5	52,5	48,1	3,9	21,2	1,2	2,5	2,8	12,5	4,3	0,9	2,6	100,0	912
Ensemble urbain	53,0	47,0	45,6	4,4	20,9	1,3	4,7	3,9	11,0	3,7	0,7	3,8	100,0	1 312
Rural	39,5	60,5	44,5	4,2	18,8	1,4	2,6	0,6	18,3	6,1	1,0	2,6	100,0	4 175
Province (Faritany)														
Antananarivo	46,2	53,8	42,3	5,6	17,6	1,1	5,7	1,7	16,5	6,4	0,6	2,5	100,0	1 955
Fianarantsoa	37,6	62,4	47,3	2,5	18,6	1,4	0,8	1,4	19,7	5,4	1,1	2,0	100,0	1 127
Toamasina	46,1	53,9	44,1	3,9	18,5	2,8	3,0	1,6	15,9	4,6	1,5	4,1	100,0	696
Mahajanga	38,2	61,8	39,0	6,0	24,3	1,2	1,1	0,6	17,4	8,2	0,7	1,5	100,0	743
Toliary	40,2	59,8	53,7	1,4	18,8	1,6	0,3	0,4	16,5	2,0	0,6	4,6	100,0	572
Antsiranana	46,4	53,6	46,5	3,9	20,6	0,9	5,1	0,9	11,2	4,7	2,0	4,4	100,0	395
Niveau d'instruction														
Aucun	41,8	58,2	48,2	3,5	14,0	1,5	0,8	0,6	21,9	5,8	1,0	2,7	100,0	1 187
Primaire	41,8	58,2	43,0	4,4	20,0	1,4	2,1	0,7	18,8	6,4	0,9	2,4	100,0	3 057
Secondaire ou supérieur	45,6	54,4	45,5	4,3	22,7	1,4	7,4	3,4	6,9	3,4	1,0	4,0	100,0	1 243
Type de travail														
Pour membre famille	56,5	43,5	54,0	2,5	26,0	1,1	2,8	0,0	8,3	2,3	0,5	2,4	100,0	627
Pour autre personne	60,0	40,0	23,3	6,0	27,1	2,6	11,0	4,2	11,6	6,5	0,2	7,3	100,0	638
À son compte	38,1	61,9	45,8	4,2	17,8	1,3	2,2	1,1	18,3	5,9	1,0	2,3	100,0	4 217
Occupation de l'enquêtée														
Agriculture	38,0	62,0	43,3	4,1	19,2	1,4	2,2	0,7	19,3	6,5	1,1	2,3	100,0	3 879
Non agriculture	53,9	46,1	49,3	4,6	19,6	1,3	5,7	3,1	8,6	3,0	0,4	4,4	100,0	1 595
Emploi à l'année/saisonnier														
Année/toute semaine	43,9	56,1	45,8	4,0	17,9	1,2	3,4	1,5	17,3	5,2	0,9	3,0	100,0	3 512
Année/partie de la semaine	38,7	61,3	42,6	4,3	21,1	1,3	3,0	0,7	18,5	5,8	1,2	1,5	100,0	543
Saisonnier	40,4	59,6	43,1	4,3	21,8	1,9	1,9	1,2	15,1	7,1	1,0	2,5	100,0	1 256
Occasionnel	47,8	52,2	42,6	7,2	21,1	1,9	3,3	0,0	16,5	3,4	0,7	3,3	100,0	172
Total[1]	42,7	57,3	44,7	4,2	19,3	1,3	3,0	1,2	16,9	5,6	0,9	2,7	100,0	5 488

[1] Y compris les non-déterminés

CHAPITRE 3

FÉCONDITÉ

Jean Harvel Randriamanjakasoa et Iarivony Randretsa

Lors de l'EDS 1997, les questions relatives à la fécondité ont permis de reconstituer l'histoire génésique des femmes et d'estimer les niveaux et tendances de la fécondité du pays, selon le milieu de résidence, la province et le niveau d'instruction. Lors de l'interview, l'enquêtrice a posé des questions relatives au nombre total d'enfants nés vivants de chaque femme en distinguant les garçons des filles, ceux qui vivent avec leur mère de ceux résidant ailleurs et ceux qui sont encore en vie de ceux déjà décédés. Il est escompté, avec cette méthode, une réduction des risques d'oubli par les femmes d'une partie de leur progéniture. Ensuite, l'enquêtrice a reconstitué avec la femme l'historique complet de ses naissances, en commençant par la plus ancienne et en enregistrant pour chacune d'entre elles le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance, l'état de survie (vivant ou décédé). Pour les enfants encore en vie, l'enquêtrice enregistrait l'âge alors que, pour les enfants décédés, c'est l'âge au décès qui était relevé.

3.1 NIVEAUX DE LA FÉCONDITÉ

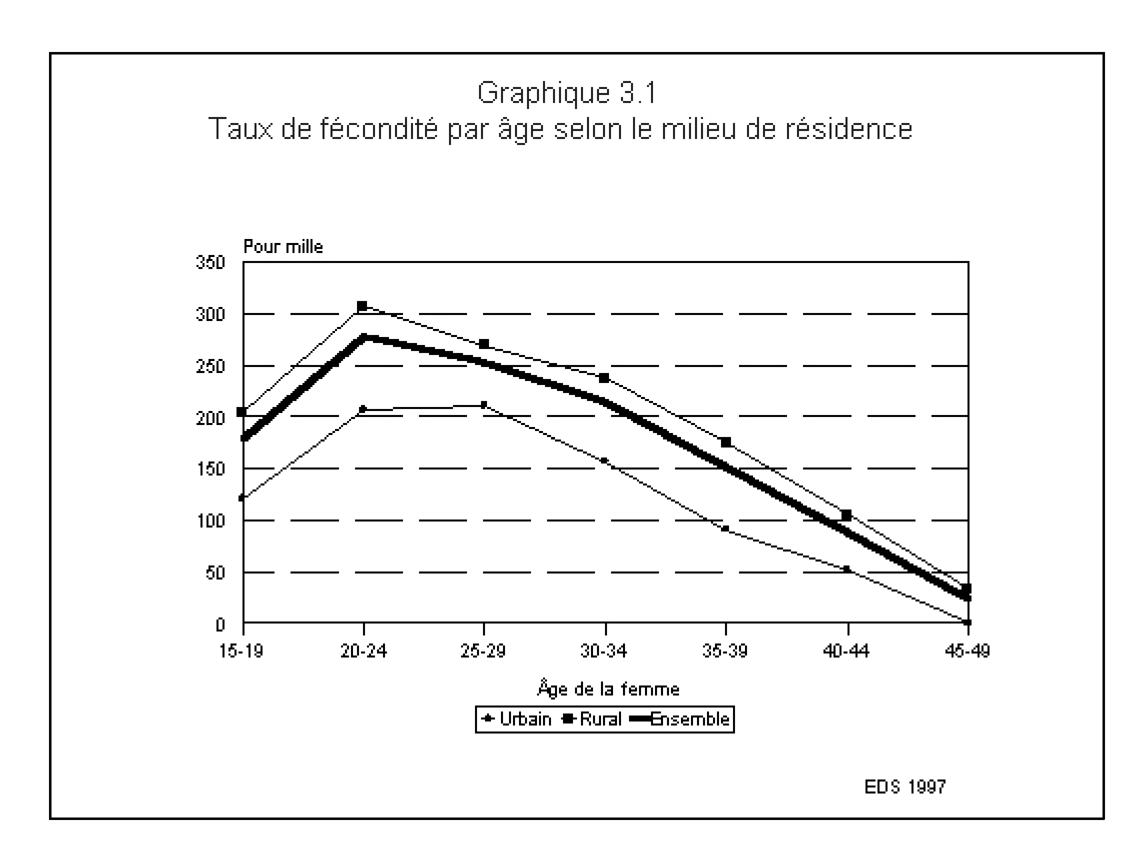
Le tableau 3.1 illustré par le graphique 3.1 présente les taux de fécondité des femmes par groupe d'âges. L'indice synthétique de fécondité (ISF) qui est calculé à partir de ces taux de fécondité est un indicateur résumé du niveau actuel de la fécondité : en effet, il mesure le nombre moyen d'enfants qu'une femme aurait en fin de vie féconde, si les conditions et le niveau actuel de la fécondité restaient invariables. Les taux présentés ici ont été calculés pour une période de trois années précédant l'enquête. Le choix de la période a été fait en vue de répondre à deux soucis majeurs :

Tableau 3.1 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF), taux brut de natalité (TBN) et taux global de fécondité générale (TGFG) pour la période des trois années précédant l'enquête, selon le milieu de résidence, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Résidence		
	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
15-19	121	204	180
20-24	207	307	279
25-29	211	270	254
30-34	157	237	215
35-39	91	175	152
40-44	52	105	88
45-49	0	33	25
ISF 15-49 (pour 1 femme)	4,19	6,66	5,97
ISF 15-44 (pour 1 femme)	4,19	6,50	5,84
TGFG (pour 1 000)	148	232	208
TBN (pour 1 000)	34,5	45,0	42,3

Note : Les taux sont calculés pour la période de 1-35 mois avant l'enquête. Les taux à 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.



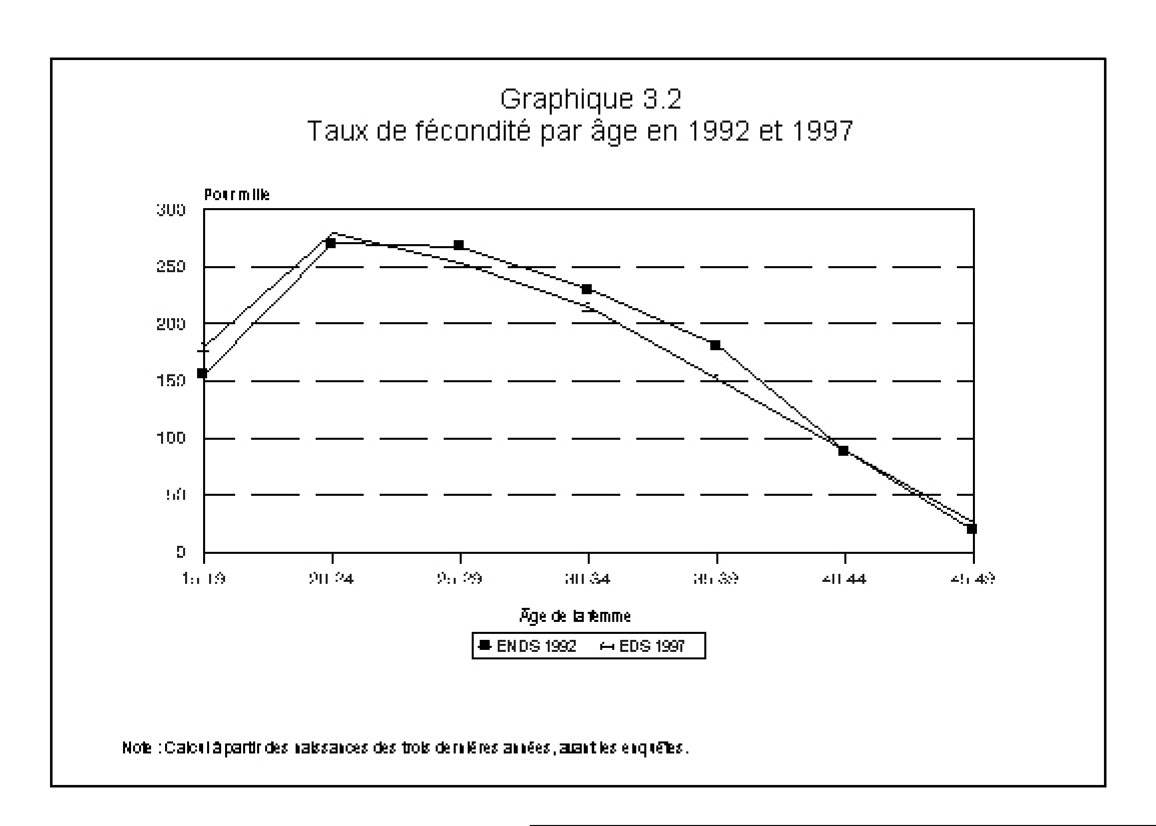
- fournir les indicateurs les plus récents du niveau de la fécondité;

- limiter l'imprécision due à des défauts de mémorisation des naissances trop anciennes, défaut accentué quand la naissance a été suivi d'un décès. Cela entraîne un sous-enregistrement des naissances durant la période, donc une sous-estimation des taux de fécondité.

Le graphique 3.1 montre un schéma classique caractéristique de pays à fécondité élevé : la fécondité est relativement précoce (le taux de fécondité est de 180 pour mille à 15-19 ans et atteint un maximum à 20-24 ans, 279 pour mille) et se maintient à un niveau élevé à 30-34 ans (215 pour mille). La fécondité débute plus précocement en milieu rural (204 pour mille à 15-19 ans, le maximum étant atteint dès 20-24 ans avec un taux de 307 pour mille, taux de 30 % supérieur à celui des femmes urbaines). La fécondité se maintient à un niveau élevé en milieu rural à 40-44 ans (105 pour mille) alors qu'en milieu urbain, le taux de fécondité est deux fois plus faible (52 pour mille). Les femmes du milieu urbain terminent plus tôt leur vie féconde car à 45-49 ans la fécondité y est presque nulle alors qu'au même groupe d'âges, en milieu rural, le taux de fécondité est encore à 33 pour mille. Ainsi L'ISF estimé à 6 enfants au niveau national est de 6,7 en milieu rural contre 4,2 pour le milieu urbain.

Par rapport à L'ENDS 92, la fécondité est plus précoce en 1997, comme le montre le graphique 3.2. En effet, le taux à 15-19 ans atteint 180 pour mille lors de l'EDS97 alors qu'il était de 156 pour mille en 1992. Par contre, après 30 ans une chute plus rapide du taux de fécondité est observée en 1997, ce qui pourrait être considéré comme une modification des comportements.

Le tableau 3.2 illustré par le graphique 3.3 montre que l'ISF dans la capitale (2,8) est relativement faible si on le compare avec les autres centres urbains (4,9). Au niveau des province de résidence, on constate un ISF relativement plus élevé à Fianarantsoa (6,9) et Mahajanga (6,6) alors que dans les provinces



Note : Calcul à partir des naissances des trois dernières années, avant les enquêtes.

d'Antsiranana, d'Antananarivo et de Toamasina, l'ISF est respectivement de 5,2, 5,4 et 5,6. L'ordre dans le classement du niveau de l'ISF lors de l'EDS92 est encore respecté actuellement.

Les variations de l'ISF sont assez remarquables lorsque l'on considère le niveau d'instruction: les femmes sans instruction ont une fécondité beaucoup plus élevée (6,8) que celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus (4,2).

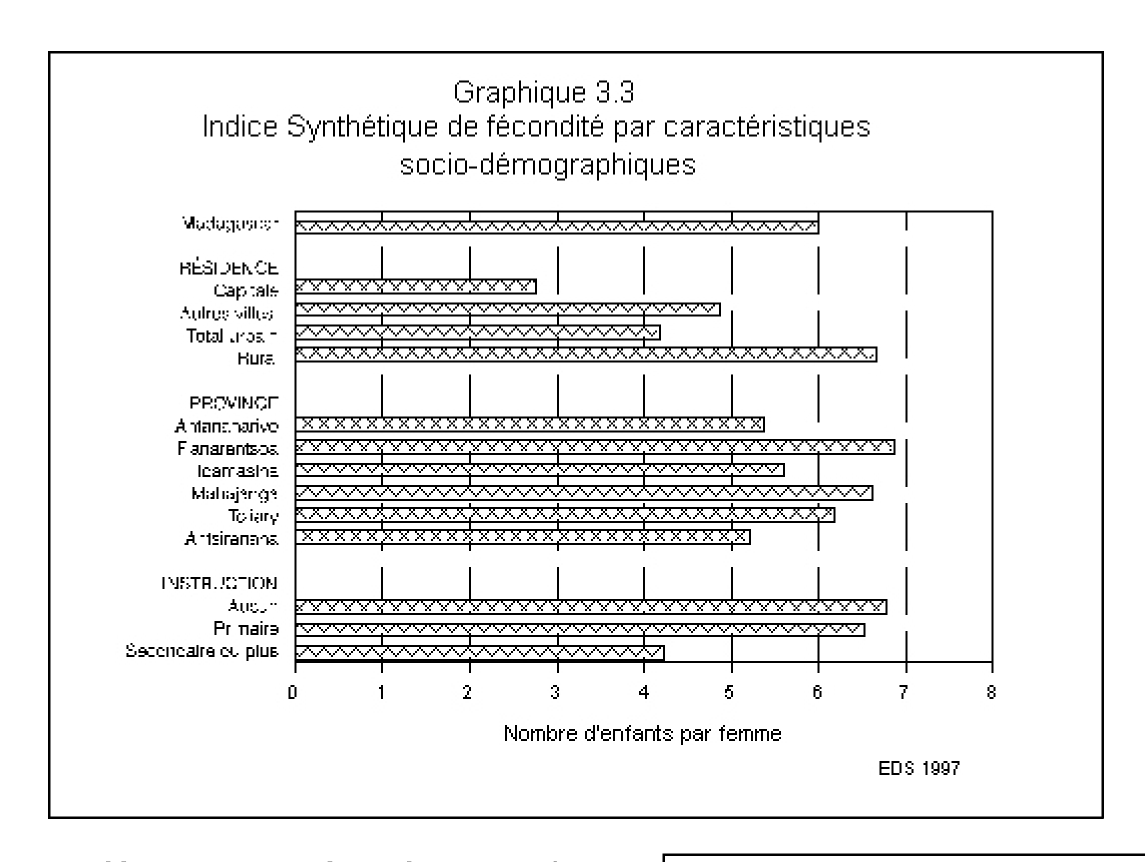
Dans le même tableau 3.2, figure le nombre moyen d'enfants ou la descendance atteinte à 40-49 ans. Il mesure la fécondité passée de ces femmes. Dans l'ensemble, son niveau est de 6,6 contre 6,0 pour l'ISF. Quels que soient le milieu de résidence, la province et le niveau d'instruction, la descendance atteinte est plus élevée que l'ISF. L'écart est d'autant plus élevé que l'ISF est faible: ainsi, dans la capitale, l'ISF n'est que de 2,8 alors que le nombre moyen d'enfants atteint 4,2. Aussi, en l'absence de sous-enregistrement des naissances au cours des trois années précédant l'enquête, tout porterait à croire que la fécondité a connu une baisse récente surtout dans la capitale.

Tableau 3.2 Fécondité par caractéristiques socio-démographiques

Indice synthétique de fécondité pour les trois années précédant l'enquête et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, par caractéristiques socio- démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Indice synthétique de fécondité[1]	Nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence		
Capitale	2,77	4,20
Autres villes	4,86	5,79
Ensemble urbain	4,19	5,27
Rural	6,66	7,22
Province (Faritany)		
Antananarivo	5,37	6,63
Fianarantsoa	6,87	7,32
Toamasina	5,61	6,16
Mahajanga	6,61	6,78
Toliary	6,18	6,33
Antsiranana	5,21	6,32
Niveau d'instruction		
Aucun	6,78	6,78
Primaire	6,51	7,19
Secondaire ou supérieur	4,23	4,60
Ensemble	5,97	6,64

[1] Indice synthétique de fécondité pour les femmes âgées de 15-49 ans



Le tableau 3.3 ainsi que le graphique 3.4 présentent une comparaison entre les données collectées en 1992 et en 1997. En prenant la même période de référence, celle de 0-3 ans avant l'enquête de 1992 qui a comme milieu de période l'année 1990 et celle se situant 5-9 ans avant l'enquête de 1997 dont le milieu est également 1990, on peut constater une coïncidence des deux courbes de taux de fécondité témoignant d'une bonne qualité des données collectées lors des deux enquêtes.

Tableau 3.3 Fécondité par âge selon l'ENDS 1992 et l'EDS 1997

Taux de fécondité par âge (‰) selon l'ENDS 1992 et l'EDS 1997

Groupe d'âges	ENDS 92 (0-3 ans avant l'enquête)	EDS 97 (5-9 ans avant l'enquête)
15-19	156	156
20-24	270	286
25-29	272	275
30-34	226	251
35-39	192	198
40-44	89	136
45-49	19	-

3.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Le nombre d'enfants que les femmes ont eus, du début de leur période féconde jusqu'au moment de l'interview, constitue l'histoire génésique de ces femmes. Sur la base de la date de naissance des mères et de leurs enfants, nous avons pu calculer les taux de fécondité par période pour les vingt dernières années. À partir des données du tableau 3.4, si l'on fait le cumul des taux de 15 à 34 ans, on observe une baisse modérée d'environ 0,7 enfant, allant de 5,3 pour la période de 15-19 années précédant l'enquête à 4,6 pour la période de 5 années précédant l'enquête (graphique 3.5).

Cette diminution résulte d'une tendance à la baisse des taux de fécondité à tous les âge, tendance cependant d'autant plus marquée que l'âge augmente. Ainsi, entre les deux périodes extrêmes (15-19 ans et 0-4 ans avant l'enquête) la diminution est de 22 % dans le groupe des 30-34 ans, 15 % pour les 25-29 ans; 8 % pour les 20-24 ans et seulement de 5 % pour 15-19 ans. On note, en outre, pour le groupe le plus jeune une remontée du taux au cours de la période la plus récente.

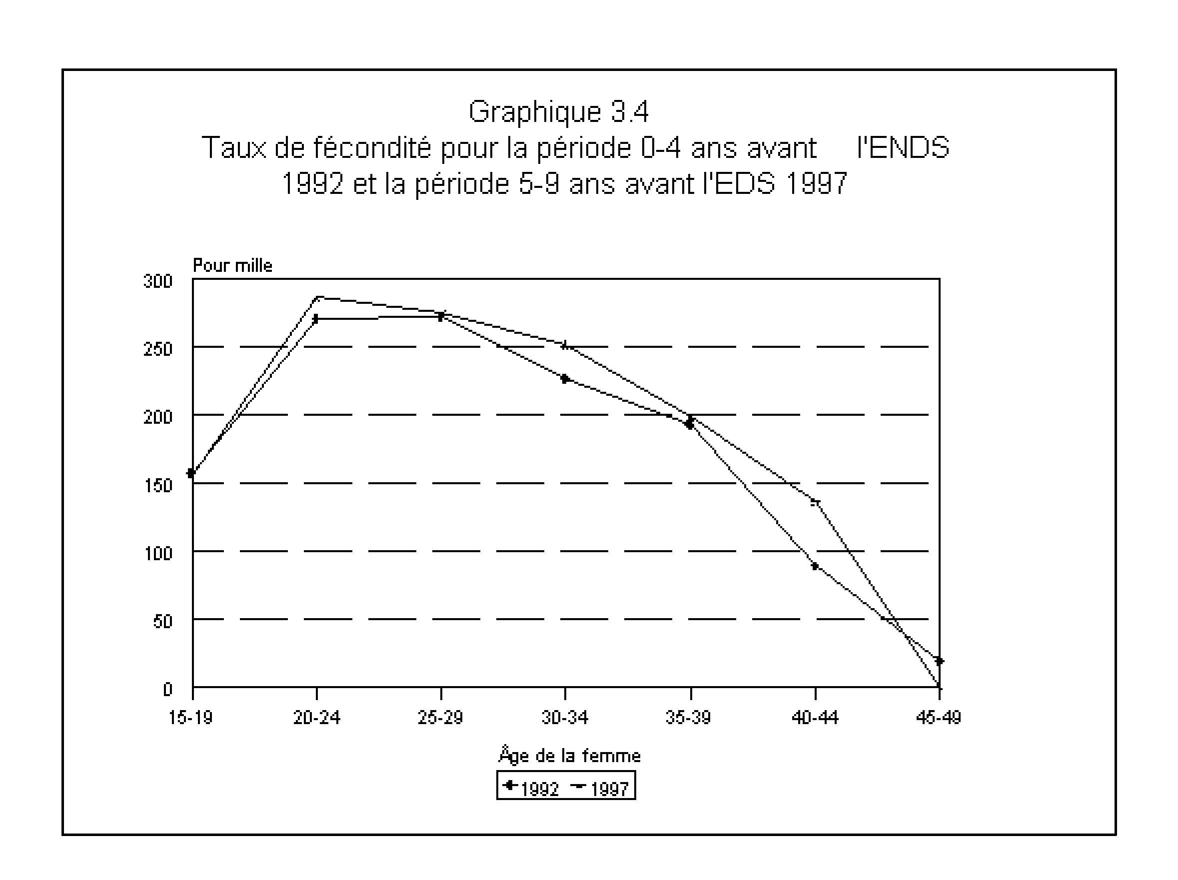
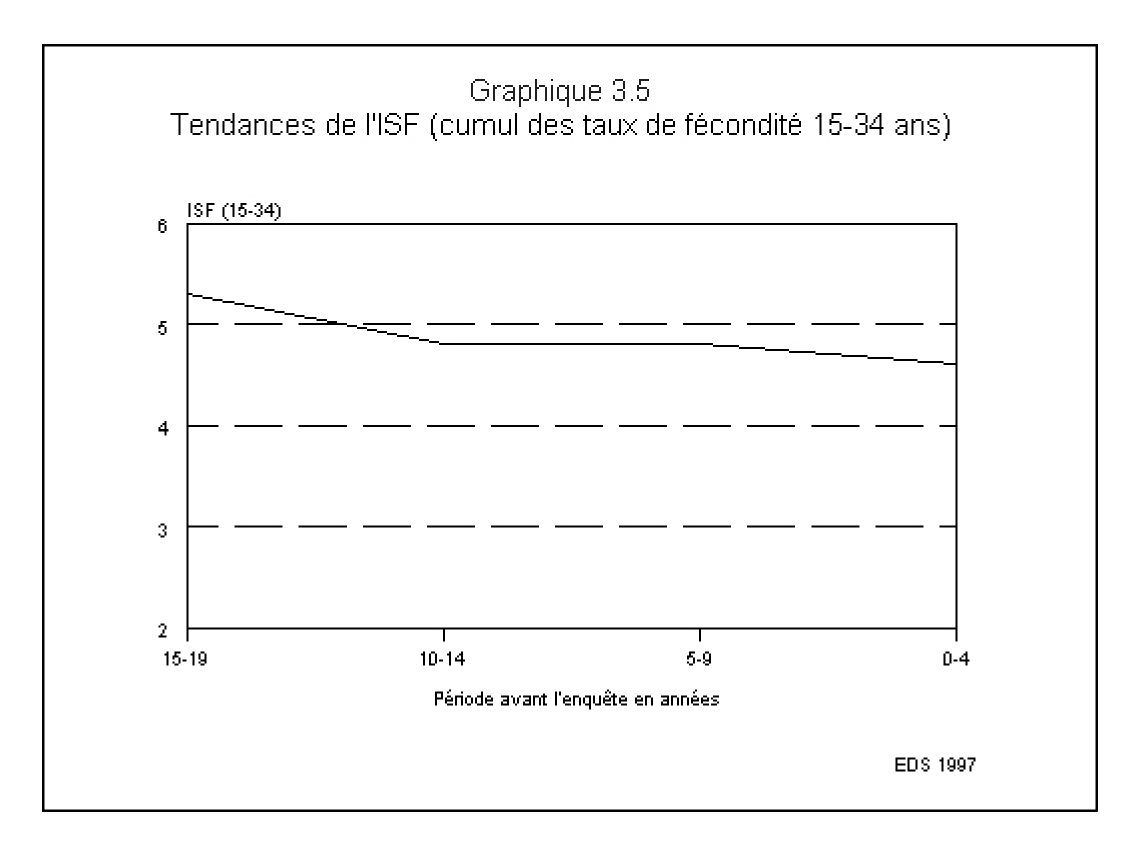


Tableau 3.4 Tendances de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête, selon l'âge de la mère, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Périodes précédant l'enquête (en années) 0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	173	156	150	182
20-24	278	286	278	302
25-29	264	275	280	312
30-34	216	251	252	[276]
35-39	166	198	[218]	-
40-44	93	[136]	-	-
45-49	[26]	-	-	-

Note : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données



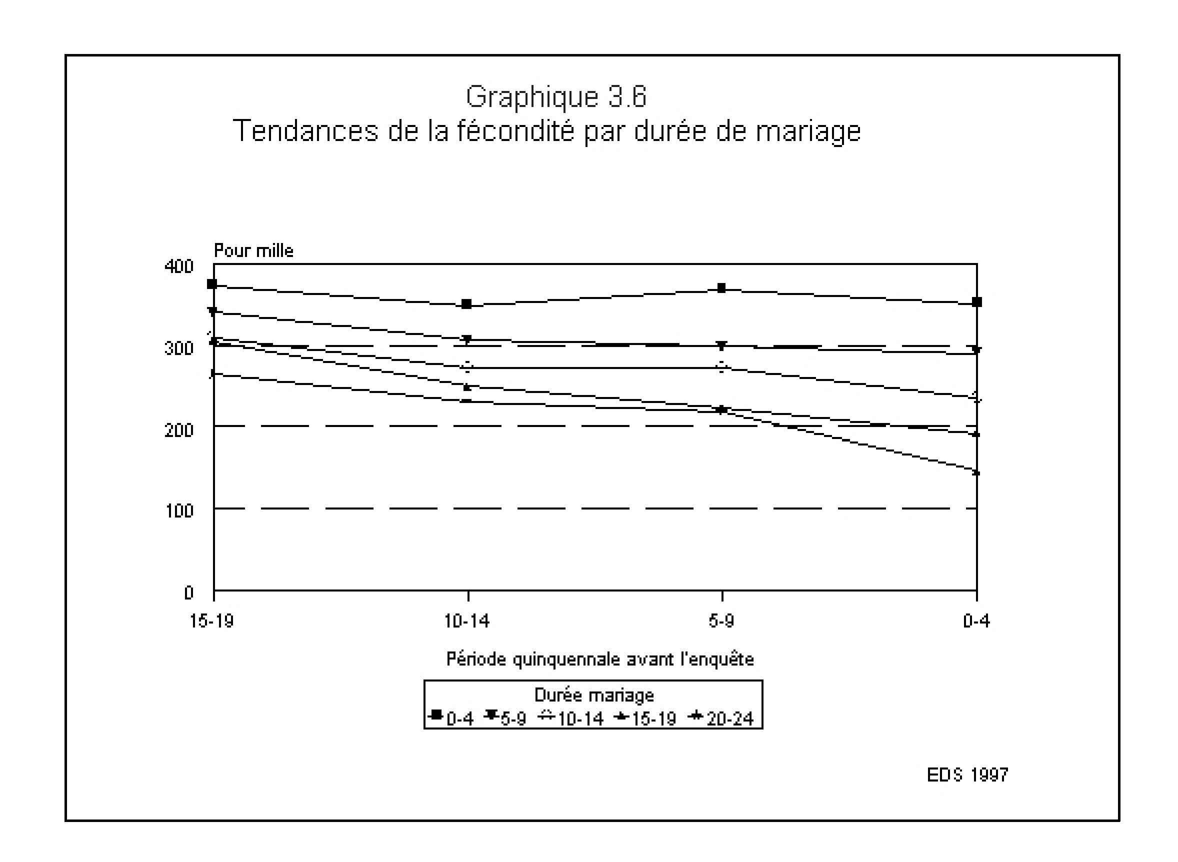
Les taux de fécondité par durée de mariage présenté dans le tableau 3.5 tendent à confirmer ce qui vient d'être constaté; à savoir que, bien que la tendance à la baisse soit observée pour toutes les durées de mariage, elle s'accentue avec la durée de mariage, passant, entre les deux périodes extrêmes d'une diminution de 6 % pour les durées 0-4 ans à 37 % pour celles de 15-19 ans (graphique 3.6).

Tableau 3.5 Tendances de la fécondité par durée de l'union

Taux de fécondité des femmes non-célibataires par période de cinq ans précédant l'enquête, selon la durée écoulée depuis la première union, EDS Madagascar 1997

Nombre d'années depuis la première union	Périodes précédant l'enquête (en années)			
	0-4	5-9	10-14	15-19
0-4	351	368	349	374
5-9	290	298	306	340
10-14	235	272	272	310
15-19	192	222	249	[305]
20-24	146	219	[231]	-
25-29	96	[139]	-	-

Note : Taux de fécondité pour 1 000 femmes non-célibataires. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.



3.3 PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE

Le tableau 3.6 donne la répartition des femmes de chaque groupe d'âges selon le nombre d'enfants qu'elles ont mis au monde. On remarque un accroissement progressif du nombre moyen d'enfants selon l'âge des femmes : à 15-19 ans le nombre moyen d'enfants est de 0,4; à 20-24 ans, il est de 1,6; à 30-34 ans il atteint 2,9 et à 45-49 ans il est de 7,0 enfants. On remarque de nouveau une certaine précocité si on le compare avec le niveau de 1992 dans la mesure où à 15-19 ans, un peu plus de 30 % des femmes ont au moins un enfant contre à peine 25 % des femmes du même groupe d'âges, en 1992. Pour la population féminine en union, plus des deux tiers des femmes de 15-19 ans (67 %) ont déjà eu, au moins, un enfant en 1997 alors qu'en 1992, la proportion correspondante n'était que de 60 %. À 20-24 ans, comme en 1992, 91 % des femmes en union ont déjà eu, au moins, un enfant.

L'adage dit qu'on se marie pour avoir des enfants et donc les femmes mariées qui restent volontairement sans enfant sont rares. Ainsi, la proportion de femmes qui se trouvent sans enfant en fin de période de procréation (45-49 ans) est considérée comme un indicateur de niveau de la stérilité primaire; celle-ci est estimée à 4 % en 1997, niveau comparable à ceux trouvés lors des enquêtes EDS réalisées sur le continent africain.

Tableau 3.6 Enfants nés vivants et enfants survivants

Répartition (en %) de toutes les femmes et des femmes actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon l'âge des femmes, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou +	Total	Effectif de femmes	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
TOUTES LES FEMMES															
15-19	69,3	21,4	7,2	1,5	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 553	0,4	0,4
20-24	23,4	28,4	24,7	14,9	6,0	1,9	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	100,0	1 325	1,6	1,4
25-29	12,1	13,2	17,5	19,7	16,6	11,8	5,4	2,1	1,4	0,2	0,1	100,0	1 196	2,9	2,5
30-34	8,1	9,1	11,2	13,5	14,2	14,2	11,8	7,8	5,6	2,2	2,4	100,0	1 012	4,1	3,4
35-39	4,5	7,3	6,8	9,9	11,2	10,1	8,3	11,3	11,5	8,3	10,7	100,0	844	5,6	4,4
40-44	6,0	5,1	7,5	8,1	7,6	8,2	7,3	7,1	10,1	8,6	24,3	100,0	652	6,4	5,2
45-49	5,4	4,6	5,7	5,6	5,2	9,3	9,2	7,0	9,6	10,1	28,3	100,0	477	7,0	5,4
Ensemble	24,3	15,2	12,7	10,7	8,5	7,0	5,0	4,0	4,0	2,8	5,8	100,0	7 060	3,2	2,6
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	32,9	41,3	19,8	3,9	1,6	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	434	1,0	0,9
20-24	9,2	28,5	29,8	20,3	8,1	3,0	0,9	0,2	0,0	0,0	0,0	100,0	822	2,0	1,7
25-29	6,3	10,5	17,8	21,0	19,9	13,6	6,2	2,6	1,8	0,3	0,0	100,0	886	3,3	2,8
30-34	4,6	7,7	11,0	12,6	14,2	16,3	12,6	8,8	6,7	2,6	3,0	100,0	806	4,5	3,7
35-39	2,7	5,0	6,6	8,6	11,0	10,1	8,5	13,3	13,0	9,9	11,2	100,0	639	6,0	4,8
40-44	3,9	4,3	6,2	7,2	6,9	8,7	7,5	7,4	10,2	10,3	27,4	100,0	506	6,9	5,6
45-49	4,2	4,5	4,2	5,7	4,8	8,5	8,9	5,0	8,5	11,4	34,3	100,0	343	7,5	5,9
Ensemble	8,2	14,4	15,0	13,1	10,9	9,4	6,5	5,3	5,3	4,0	7,9	100,0	4 435	4,2	3,4

3.4 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

L'intervalle intergénésique qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur son état de santé et sur celui de sa mère. Les intervalles inférieurs à 24 mois prédisposent l'enfant et la mère à un mauvais état de santé et augmentent les risques de décéder.

Le tableau 3.7 donne la répartition des naissances des 5 années précédant l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente et diverses caractéristiques socio-démographiques. Plus de 13 % des naissances surviennent moins de 18 mois après les naissances précédentes en 1997; cette proportion est en légère augmentation par rapport à celle de 1992 (12 %). Un peu plus de 30 % des enfants sont nés moins de 24 mois après leur aîné, 36 % des naissances se produisent entre 2 et 3 ans après les précédentes, 18 % entre 3 et 4 ans et 15 % à plus de 4 ans d'intervalle. La durée médiane de l'intervalle intergénésique est de 29,4 mois, ce qui correspond à une légère augmentation si on le compare à 1992 où il était de 28,9 mois.

Les intervalles intergénésiques sont plus courts pour les femmes plus jeunes que pour les plus âgées; en effet, pour les femmes de 20-29 ans, l'intervalle est de 28 mois alors que pour les femmes de 40 ans et plus, il atteint 33,2 mois.

Le décès de l'enfant précédent semble être un facteur de raccourcissement de l'intervalle intergénésique: de 30 mois pour l'enfant dont l'aîné a survécu, l'intervalle n'est plus que de 25,8 mois lorsque l'enfant précédent est décédé.

Tableau 3.7 Intervalle intergénésique

Répartition (en %) des naissances des cinq années précédant l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente: 7-17	18-23	24-35	36-47	48 ou +	Total	Effectif de naissances	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente
Groupe d'âges								
15-19	17,0	23,6	43,7	13,4	2,3	100,0	183	25,5
20-29	14,7	19,7	38,9	16,1	10,6	100,0	2 367	28,0
30-39	11,7	15,0	34,4	19,6	19,3	100,0	1 958	30,8
40 ou plus	13,2	15,0	30,0	17,7	24,1	100,0	573	33,2
Rang de naissance								
2-3	13,7	19,1	35,5	16,6	15,2	100,0	2 049	28,9
4-6	12,7	16,4	37,9	18,0	15,0	100,0	1 739	29,5
7 ou plus	14,1	16,4	35,5	18,4	15,5	100,0	1 293	29,8
Sexe de l'enfant précédent								
Masculin	13,7	17,2	36,0	17,0	16,1	100,0	2 604	29,5
Féminin	13,2	17,8	36,7	18,1	14,3	100,0	2 477	29,2
Survie de l'enfant précédent								
Décédé	24,9	17,5	29,8	12,4	15,5	100,0	873	25,8
Toujours vivant	11,1	17,5	37,7	18,6	15,1	100,0	4 208	30,0
Milieu de résidence								
Capitale	10,4	18,2	28,6	19,2	23,6	100,0	190	32,8
Autres villes	12,6	16,4	36,2	17,7	17,0	100,0	787	30,5
Ensemble urbain	12,2	16,8	34,7	18,0	18,3	100,0	977	30,7
Rural	13,7	17,7	36,7	17,5	14,4	100,0	4 104	29,1
Province (Faritany)								
Antananarivo	11,2	19,4	37,7	16,3	15,4	100,0	1 489	29,0
Fianarantsoa	15,1	14,5	35,5	19,7	15,2	100,0	1 244	30,0
Toamasina	9,6	19,2	34,9	20,2	16,0	100,0	643	30,0
Mahajanga	12,5	20,1	37,2	16,9	13,4	100,0	713	29,3
Toliary	20,3	15,3	36,4	14,6	13,3	100,0	690	28,4
Antsiranana	11,9	15,4	34,3	17,7	20,7	100,0	302	30,6
Niveau d'instruction								
Aucun	17,3	17,3	33,7	17,2	14,5	100,0	1 243	28,8
Primaire	12,4	18,0	37,1	17,3	15,2	100,0	2 810	29,3
Secondaire ou supérieur	11,6	16,3	37,4	18,7	15,9	100,0	1 029	30,2
Ensemble	13,4	17,5	36,3	17,6	15,2	100,0	5 081	29,4

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

L'intervalle passe de 28,9 mois pour les naissances de rang 2-3 à 29,8 mois pour les naissances de rang 7 et plus. Avec le rang de naissance augmente aussi l'âge moyen des mères.

Le milieu de résidence a une certaine influence sur l'intervalle intergénésique : si en milieu rural l'intervalle intergénésique médian est de 29,1 mois, en milieu urbain il est de 30,7 mois et dans la capitale il atteint 32,8 mois.

Comme lors de l'ENDS92, l'intervalle intergénésique est plus court à Toliary (28,4 mois) que dans les autres provinces. L'intervalle intergénésique augmente faiblement avec le niveau d'instruction : de 28,8 mois pour les femmes sans instruction, il atteint 30,2 mois pour les femmes de niveau secondaire et plus.

3.5 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE

Dans un pays où le recours aux méthodes contraceptives est faible (voir chapitre sur la planification familiale), l'âge auquel la femme a la première naissance influe sur le total des enfants en fin de période de procréation et sur la santé de la mère et de l'enfant. Le tableau 3.8 montre la répartition des femmes par groupe d'âges à la première naissance. Près de la moitié (49,6 %) des femmes ont leur premier enfant avant 20 ans et un peu moins d'un tiers des femmes (31,7 %) ont leur premier enfant avant 18 ans. Ces chiffres sont en très légère augmentation par rapport à 1992, époque à laquelle les deux indices étaient respectivement de 49,2 % et 32,0 %. La tendance à l'accentuation de la fécondité précoce s'observe mieux à partir du groupe des 15-19 ans dont 19,6 % avaient un enfant avant 18 ans en 1992, contre 25,3 % en 1997.

Tableau 3.8 Âge à la première naissance

Répartition (en %) des femmes par âge à la première naissance, et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel, EDS Madagascar 1997

Âge actuel	Femmes sans naissance	Âge à la première naissance <15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 ou +	Total	Effectif de femmes	Âge médian à la première naissance
15-19	69,3	6,1	19,2	5,4	a	a	a	100,0	1 553	b
20-24	23,4	7,5	24,7	24,4	15,2	4,9	a	100,0	1 325	19,5
25-29	12,1	7,0	21,5	23,2	18,4	12,7	5,1	100,0	1 196	19,8
30-34	8,1	8,3	23,3	19,1	15,6	13,5	12,2	100,0	1 012	19,9
35-39	4,5	10,4	28,4	21,3	14,2	10,2	11,0	100,0	844	19,0
40-44	6,0	8,4	31,7	17,7	12,1	11,3	12,7	100,0	652	18,9
45-49	5,4	7,3	28,1	18,6	13,3	13,7	13,6	100,0	477	19,5

[a] Sans objet
[b] Non applicable : moins de 50% de femmes ont eu un enfant.

D'une génération à l'autre, l'âge médian à la première naissance n'a pas beaucoup changé : 19,5 ans pour les générations extrêmes (20-24 ans et 45-49 ans); environ 19 ans pour les femmes de 35-44 ans et près de 20 ans pour les femmes de 25-34 ans.

L'âge médian à la première naissance (tableau 3.9) est le plus élevé dans les provinces d'Antananarivo et de Toamasina avec respectivement 20,4 ans et 19,9 ans et le plus jeune dans les provinces de Mahajanga et d'Antsiranana avec 18,4 et 18,6 ans.

En règle générale, le milieu de résidence influe sur l'âge médian à la première naissance : en milieu rural il est de 19,1 ans; en milieu urbain il est de 20,8 ans et dans la capitale il atteint 23,3 ans. De plus, l'âge médian évolue d'une génération à l'autre : en milieu urbain, l'âge médian passe de 20,3 ans pour les femmes de 45-49 ans à 21 ans pour les femmes de 25-29 ans. Dans la capitale, de 22,6 ans pour les femmes de 45-49 ans il s'élève à 24,2 ans pour les générations plus jeunes (25-29 ans). En milieu rural, l'âge médian passe de 18,4 ans pour les femmes de 40-44 ans à 19,4 ans pour celles âgées de 25-29 ans.

La variation de l'âge à la première maternité est aussi lié au niveau d'instruction : pour les femmes sans instruction, l'âge médian est de 18,5 ans, pour celles ayant le niveau primaire il est de 18,8 ans et pour celles de niveau secondaire et supérieur il atteint 21,8 ans.

Tableau 3.9 Âge médian à la première naissance

Âge médian à la première naissance (femmes de 20-49 ans) selon l'âge actuel et les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Âge actuel 20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Âge 20-49	Âge 25-49
Milieu de résidence								
Capitale	a	24,2	24,6	21,8	22,8	22,6	24,1	23,3
Autres villes	19,7	20,3	19,6	19,7	20,7	19,4	19,9	19,9
Ensemble urbain	a	21,0	20,9	20,2	21,2	20,3	a	20,8
Rural	19,1	19,4	19,7	18,6	18,4	19,2	19,1	19,1
Province (Faritany)								
Antananarivo	a	21,1	21,4	19,3	19,6	19,4	a	20,4
Fianarantsoa	18,8	19,1	19,0	19,4	18,7	19,0	19,0	19,0
Toamasina	19,7	20,7	20,6	19,1	19,3	19,3	19,9	19,9
Mahajanga	18,5	18,5	18,6	17,8	17,6	19,3	18,4	18,4
Toliary	18,0	19,3	18,8	17,7	18,3	22,8	18,7	19,0
Antsiranana	18,5	18,1	19,2	19,0	18,4	18,5	18,5	18,6
Niveau instruction								
Aucun	17,9	18,3	18,4	18,3	18,1	19,9	18,4	18,5
Primaire	19,3	19,1	19,2	18,4	18,5	18,6	18,9	18,8
Secondaire ou supérieur	a	21,5	21,7	22,3	22,8	21,8	a	21,8
Ensemble	19,5	19,8	19,9	19,0	18,9	19,5	19,5	19,5

Note: L'âge médian pour la cohorte 15-19 ans ne peut être déterminé car de nombreuses femmes peuvent encore avoir une naissance avant d'atteindre 20 ans.
[a] Non applicable : moins de 50 % de femmes ont eu un enfant.

3.6 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Les adolescentes—c'est-à-dire les femmes âgées de 15 à 19 ans—constituent un des sous groupes à risque en matière de fécondité : en effet, la fécondité précoce a souvent des effets négatifs sur la santé des enfants et des mères et la probabilité de décéder des enfants est d'autant plus grande qu'ils naissent de mères très jeunes. Le tableau 3.10 présente la proportion d'adolescentes de 15 à 19 ans qui ont déjà commencé leur vie féconde, c'est-à dire ayant eu un ou plusieurs enfants ou étant enceintes.

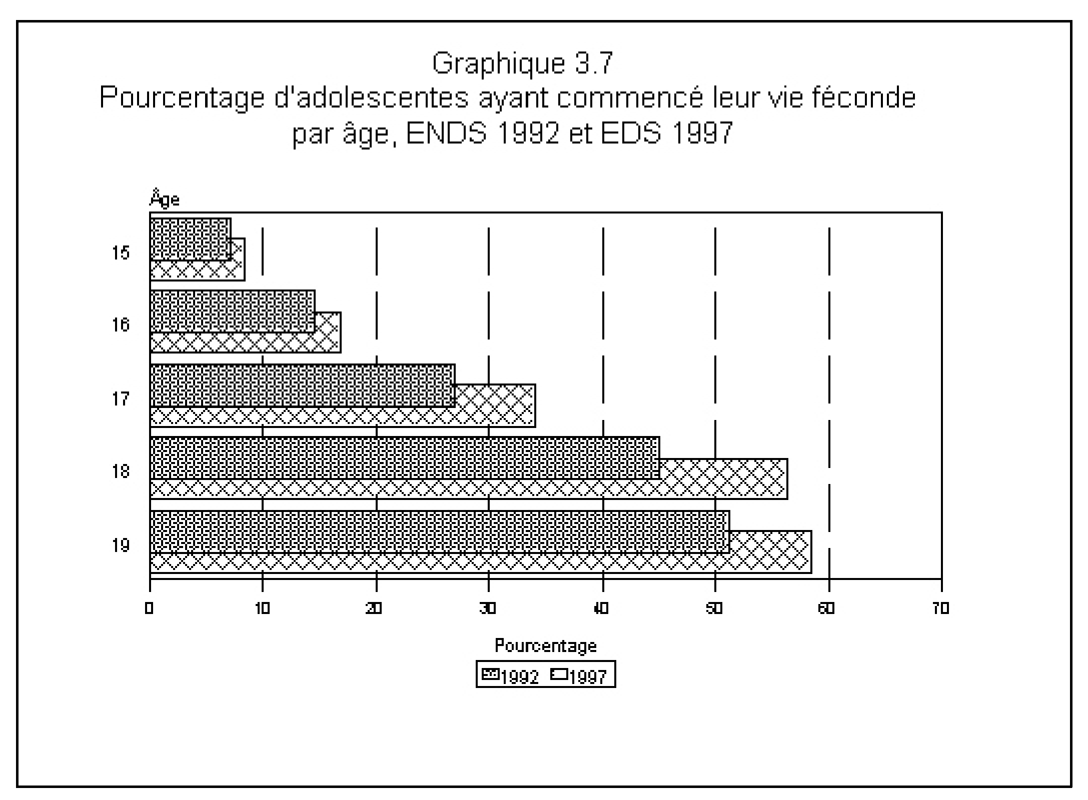
Un peu plus du tiers des adolescentes de 15 à 19 ans ont déjà commencé leur vie reproductive; plus de 30 % des adolescentes ont eu, au moins, un enfant et 5 % sont enceintes du premier enfant. En comparaison avec l'ENDS 92, la fécondité des adolescentes semble plus précoce encore : un peu plus de 30 % des adolescentes ont eu, au moins, un enfant lors de l'EDS97 contre seulement un quart des adolescentes en 1992. Si en 1992, à 17 ans, 27 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde, en 1997, 34 % des adolescentes du même âge ont déjà eu, au moins, un enfant. En 1992, 45 % des adolescentes de 18 ans ont, au moins, un enfant ou étaient enceintes au moment de l'enquête, alors qu'en 1997 la proportion correspondante concerne 56 % des adolescentes (graphique 3.7).

Le graphique 3.8 montre que la fécondité précoce est beaucoup plus marquée en milieu rural où 41 % des adolescentes ont commencé leur vie féconde contre 10 % dans la capitale et 28 % dans les autres villes. La fécondité est plus précoce chez les adolescentes résidant dans les provinces de Mahajanga (53 %) et de Toliary (52 %) que dans la province d'Antananarivo (17 %).

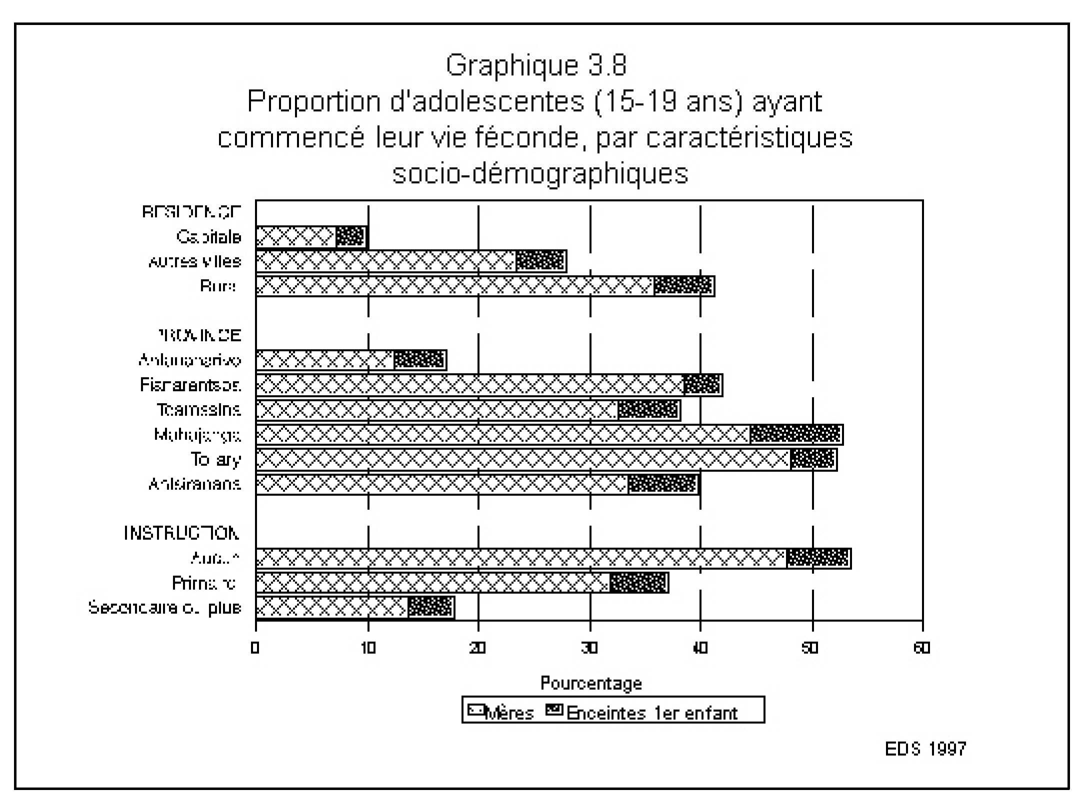
Tableau 3.10 Fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant par caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Adolescentes (%) qui sont: Mères	Adolescentes (%) qui sont: Enceintes d'un premier enfant	Adolescentes (%) ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif
Âge				
15	6,0	2,5	8,4	289
16	11,6	5,1	16,8	314
17	29,3	4,8	34,1	283
18	49,5	6,9	56,4	415
19	53,5	5,0	58,5	252
Milieu de résidence				
Capitale	7,2	2,7	10,0	144
Autres villes	23,4	4,4	27,8	309
Ensemble urbain	18,3	3,9	22,1	453
Rural	35,8	5,5	41,3	1 100
Province (Faritany)				
Antananarivo	12,4	4,7	17,1	504
Fianarantsoa	38,6	3,3	41,9	319
Toamasina	32,6	5,6	38,2	222
Mahajanga	44,5	8,2	52,7	191
Toliary	48,0	4,2	52,3	188
Antsiranana	33,5	6,3	39,8	130
Niveau instruction				
Aucun	47,7	5,8	53,5	327
Primaire	31,9	5,2	37,0	841
Secondaire ou supérieur	13,7	4,1	17,7	385
Ensemble	30,7	5,0	35,7	1 553



Graphique 3.7
Pourcentage d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde par âge, ENDS 1992 et EDS 1997



Graphique 3.8
Proportion d'adolescentes (15-19 ans) ayant commencé leur vie féconde, par caractéristiques socio-démographiques

Le niveau d'instruction influe sur la précocité de la fécondité (comme une fécondité précoce limite le niveau d'instruction) : plus de la moitié (53 %) des adolescentes sans instruction ont déjà débuté leur fécondité contre un peu plus du tiers (37 %) des adolescentes ayant eu le niveau primaire et seulement 18 % des adolescentes du niveau secondaire et supérieur.

Le tableau 3.11 donne la répartition des adolescentes selon le nombre d'enfants qu'elles ont déjà eus: parmi celles qui ont, au moins, un enfant, 30 % ont déjà 2 enfants ou plus. La précocité de la fécondité est encore plus accentuée actuellement en comparaison avec 1992 : en effet, parmi les mères adolescentes de 18 ans en 1997, plus du tiers (34 %) ont eu au moins 2 enfants contre seulement 27 % en 1992; et parmi celles de 19 ans, 40 % ont eu au moins 2 enfants contre 39 % en 1992.

Tableau 3.11 Enfants nés de mères adolescentes

Répartition (en %) des adolescentes âgées de 15 à 19 ans par nombre d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants vivants selon l'âge, EDS Madagascar 1997

Âge	Nombre d'enfants nés vivants			Total	Nombres moyen d'enfants nés vivants	Effectif d'adolescentes
	0	1	2 ou +			
15	94,0	4,7	1,3	100,0	0,07	289
16	88,4	11,1	0,5	100,0	0,12	314
17	70,7	23,8	5,5	100,0	0,37	283
18	50,5	32,8	16,7	100,0	0,69	415
19	46,5	32,0	21,5	100,0	0,85	252
Ensemble	69,3	21,4	9,3	100,0	0,43	1 553

CHAPITRE 4

PLANIFICATION FAMILIALE

Jocelyn Razafimanjato

Un des objectifs de la politique nationale de population du gouvernement malgache est de réduire le nombre moyen d'enfants par femme de 6 à 4 d'ici à l'an 2000. Pour atteindre ces objectifs, il est indispensable que des services de planification familiale soient mis en place et développés afin que les méthodes contraceptives soient accessibles à toutes les couches de la population. De ce fait, il est très important de connaître le comportement et les attitudes de la population malgache en matière de contraception. Ainsi, un des principaux objectifs de l'EDS a été de collecter des informations sur la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer. La collecte des informations de L'EDS 97 a porté sur les points suivants :

- connaissance et pratique de la contraception;
- utilisation de la contraception;
- nombre d'enfants à la première utilisation;
- connaissance de la période féconde;
- effet contraceptif de l'allaitement;
- sources d'approvisionnement de la contraception;
- utilisation future de la contraception;
- raison de la non utilisation de la contraception;
- information sur la contraception;
- opinions et attitudes vis-à-vis de la planification familiale.

4.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

La collecte des informations sur la connaissance des méthodes contraceptives a été menée en deux étapes. Dans une première étape, l'enquêtrice informait l'enquêtée de l'existence de méthodes ou moyens qu'un couple pouvait utiliser pour retarder ou prévenir la survenue d'une grossesse, et lui posait la question suivante : " De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?" Chaque méthode ou moyen cité, était noté et considéré comme connaissance "spontanée". Pour les méthodes non mentionnées, l'enquêtrice, dans une seconde étape, devait procéder à une description des dites méthodes et enregistrer si oui ou non l'interviewée en avait entendu parler. Toute méthode mentionnée, dans ce cas, est considérée comme connaissance "après description". Une femme connaît la méthode si elle l'a citée "spontanément" ou "après description".

Pour les besoins de l'analyse, on distinguera les catégories de méthodes ci-après :

- **Méthodes modernes :** pilule, DIU, injection, implants, méthodes vaginales (spermicide, mousse, gelée, crème, diaphragme), condom ou préservatif masculin, stérilisation féminine, stérilisation masculine (vasectomie);

- **Méthodes traditionnelles :** continence périodique, retrait;

- **Méthodes populaires :** les plantes, les tisanes et les autres méthodes.

Les résultats obtenus montrent que la proportion de femmes connaissant une méthode contraceptive quelconque s'élèvent à 70 %; cette proportion est de 72 % pour les femmes en union (tableau 4.1). Les méthodes contraceptives modernes sont plus connues que les méthodes traditionnelles. En effet, 68 % de toutes les femmes ont déclaré connaître, au moins, une méthode contraceptive moderne contre 46 % pour une méthode traditionnelle. Pour les femmes en union, 69 % ont déclaré connaître une méthode moderne contre 49 % pour une méthode traditionnelle (graphique 4.1).

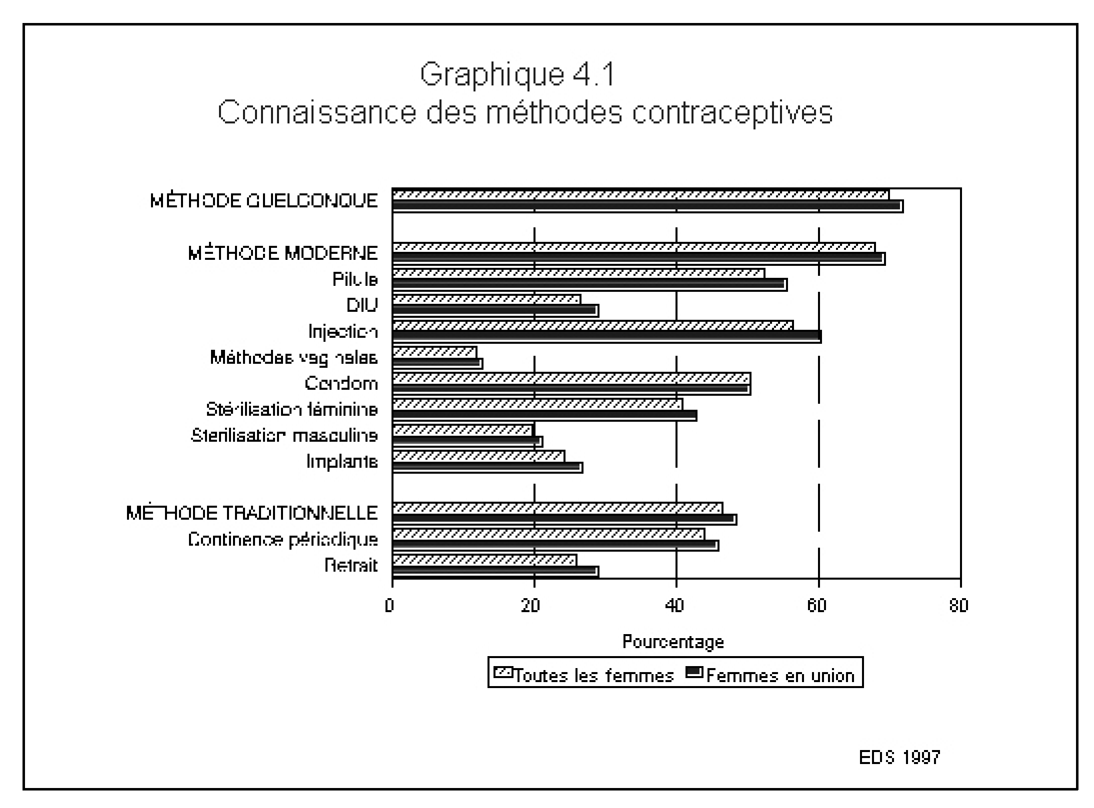
Tableau 4.1 Connaissance des méthodes contraceptives

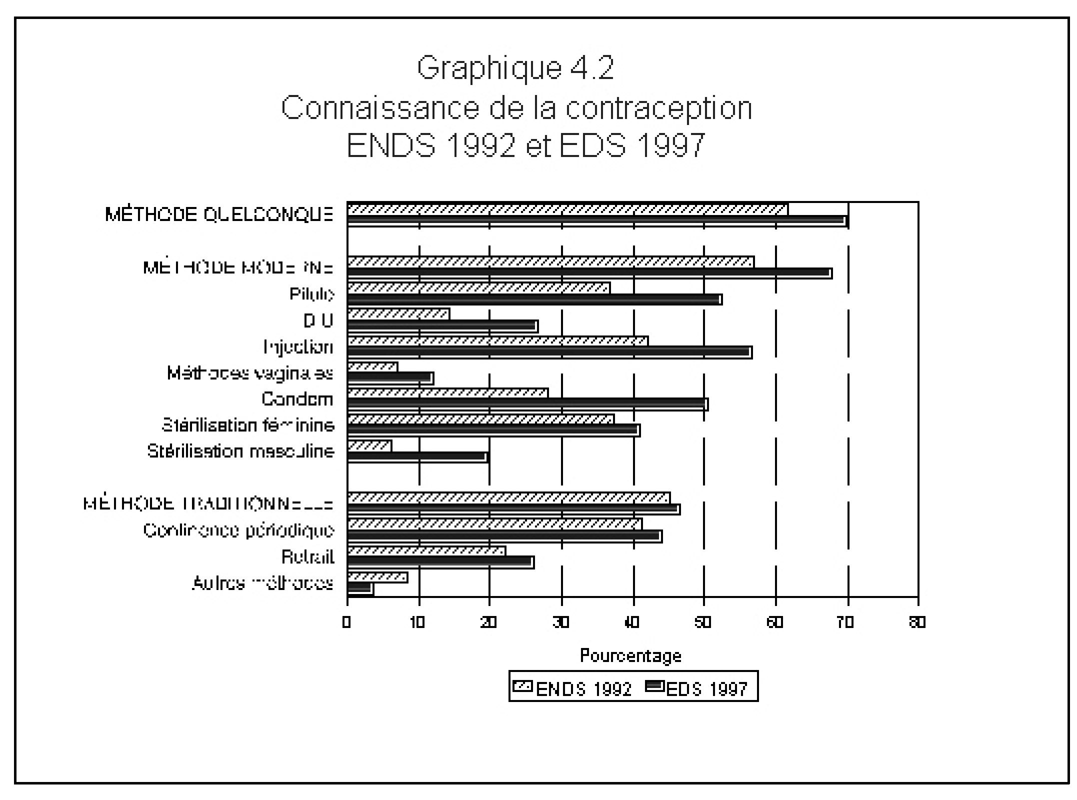
Pourcentages de femmes, de femmes actuellement en union, et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives (c.à.d. qui ont eu, au moins, un rapport sexuel durant les 30 derniers jours) et qui connaissent une méthode contraceptive par méthodes spécifiques, EDS Madagascar 1997

Méthode contraceptive	Ensemble	En union	Pas en union et sexuellement actives	N'ayant jamais eu de rapports sexuels
N'importe quelle méthode	69,9	71,8	72,1	59,6
Méthode moderne	67,9	69,3	69,9	58,8
Pilule	52,5	55,4	56,7	38,2
DIU	26,6	29,1	26,8	19,5
Injection	56,5	60,2	57,5	38,6
Méthodes vaginales	11,9	12,7	11,8	9,2
Condom	50,4	50,4	56,4	48,9
Stérilisation féminine	40,9	42,9	41,6	34,8
Stérilisation masculine	19,7	21,3	17,0	16,3
Implants	24,4	26,7	23,3	17,2
Méthode traditionnelle	46,4	48,6	49,0	32,0
Continence périodique	44,1	45,9	47,7	31,0
Retrait	26,1	29,0	28,3	12,4
Méthode populaire	2,7	3,0	4,8	0,6
Plantes/Tisanes	1,9	2,2	3,5	0,4
Autres	1,0	1,1	1,6	0,2
Méthode traditionnelle ou populaire	47,0	49,2	50,6	32,1
Nombre moyen de méthodes connues	3,6	3,8	3,7	2,7
Effectif	7 060	4 435	553	850

Parmi les méthodes modernes, l'injection (57 %), la pilule (53 %), le condom (50 %) et la stérilisation féminine (41 %) sont les plus connues par les femmes; d'autre part, on constate que les femmes en union connaissent plus fréquemment que les autres les méthodes modernes. Les proportions sont les suivantes : l'injection (60 %), la pilule (55 %), le condom (50 %) et la stérilisation féminine (43 %). Concernant les méthodes traditionnelles, il faut souligner que 46 % des femmes en union contre 44 % de toutes les femmes déclarent connaître la continence périodique et, respectivement, 29 % contre 26 % le retrait.

Si l'on compare ces résultats à ceux obtenus lors de l'ENDS de 1992 (graphique 4.2), on note une nette amélioration de la connaissance, quelle que soit la méthode contraceptive. Entre 1992 et 1997, la connaissance des méthodes modernes est passée de 57 % à 68 % pour toutes les femmes et de 62 % à 69 % pour les femmes en union; quant aux méthodes traditionnelles, elle s'est légèrement améliorée, passant de 45 % à 46 % pour toutes les femmes.


Graphique 4.1
Connaissance des méthodes contraceptives
MÉTHODE QUELCONQUE
MÉTHODE MODERNE
Pilule
DIU
Injection
Condom
Implants
MÉTHODE TRADITIONNELLE
Continence périodique
Retrait
0
20
40
60
80
Pourcentage
Toutes les femmes
Femmes en union
EDS 1997


Graphique 4.2
Connaissance de la contraception
ENDS 1992 et EDS 1997
Pilule
Injection
Condom
Stérilisation masculine
Continence périodique
Retrait
0
10
20
30
40
50
60
70
80
Pourcentage
ENDS 1992
EDS 1997

Le tableau 4.2 présente les proportions de femmes en union ayant déclaré connaître une méthode contraceptive selon différentes caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 4.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes actuellement en union qui connaissent, au moins, une méthode de contraception, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Connaît une méthode	Connaît méthode moderne	Effectif
Groupe d'âges			
15-19	52,3	50,3	434
20-24	70,1	67,8	822
25-29	74,2	71,7	886
30-34	76,1	73,7	806
35-39	76,2	73,1	639
40-44	76,2	74,4	506
45-49	69,2	66,3	343
Milieu de résidence			
Capitale	99,3	99,0	336
Autres villes	81,5	79,6	796
Ensemble urbain	86,8	85,4	1 132
Rural	66,6	63,8	3 302
Province (Faritany)			
Antananarivo	88,5	86,1	1 481
Fianarantsoa	47,4	43,5	893
Toamasina	78,9	77,0	602
Mahajanga	71,9	71,5	564
Toliary	51,1	47,5	599
Antsiranana	88,6	87,5	295
Niveau instruction			
Aucun	42,1	40,5	1 066
Primaire	74,5	70,9	2 275
Secondaire ou supérieur	95,1	94,2	1 093
Ensemble	71,8	69,3	4 435

Plus des trois quarts (76 %) des femmes en union de 30 à 44 ans déclarent connaître une méthode contraceptive. La connaissance des méthodes est légèrement plus faible pour les femmes de 25-29 ans et celles de 20-24 ans (respectivement 74 % et 70 %). De même, les méthodes contraceptives sont moins connues des femmes de 45-49 ans (69 %) et des femmes de 15-19 ans (52 %). La connaissance d'une méthode moderne de contraception suit les mêmes tendances que la connaissance d'une méthode quelconque, avec cependant un niveau légèrement plus faible : un peu moins des trois quarts (73 %) des femmes en union de 30 à 44 ans connaissent une méthode moderne, 72 % pour les femmes de 25-29 ans, 68 % pour celles de 20-24 ans, 66 % pour celles de 45-49 ans et 50 % pour les femmes les plus jeunes âgées de 15-19 ans.

Les méthodes de contraception quelconque et les méthodes modernes sont plus fréquemment connues dans les milieux urbains que dans les zones rurales (respectivement 87 % et 85 % contre 67 % et 64 %). Presque toutes les femmes de la capitale connaissent, au moins, une méthode de contraception quelconque (99 %) et une méthode moderne (99 %).

Selon la province, ce sont les provinces d'Antananarivo et d'Antsiranana qui ont les proportions les plus fortes de femmes connaissant les méthodes de contraception quelconque et les méthodes modernes (respectivement 89 %, 86 % et 89 %, 88 %); viennent ensuite les femmes de Toamasina (79 % et 77 %), puis celles de Mahajanga (72 % et 72 %), celles de Toliary (51 % et 48 %) et enfin celles de Fianarantsoa (47 % et 44 %).

La connaissance de la contraception est également associée au niveau d'instruction de la femme : moins d'une femme sur deux sans niveau d'instruction (42 %) connaît une méthode de contraception; par contre, les trois quarts (75 %) des femmes ayant un niveau primaire et 95 % de celles ayant un niveau secondaire et plus connaissent, au moins, une méthode de contraception.

4.2 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

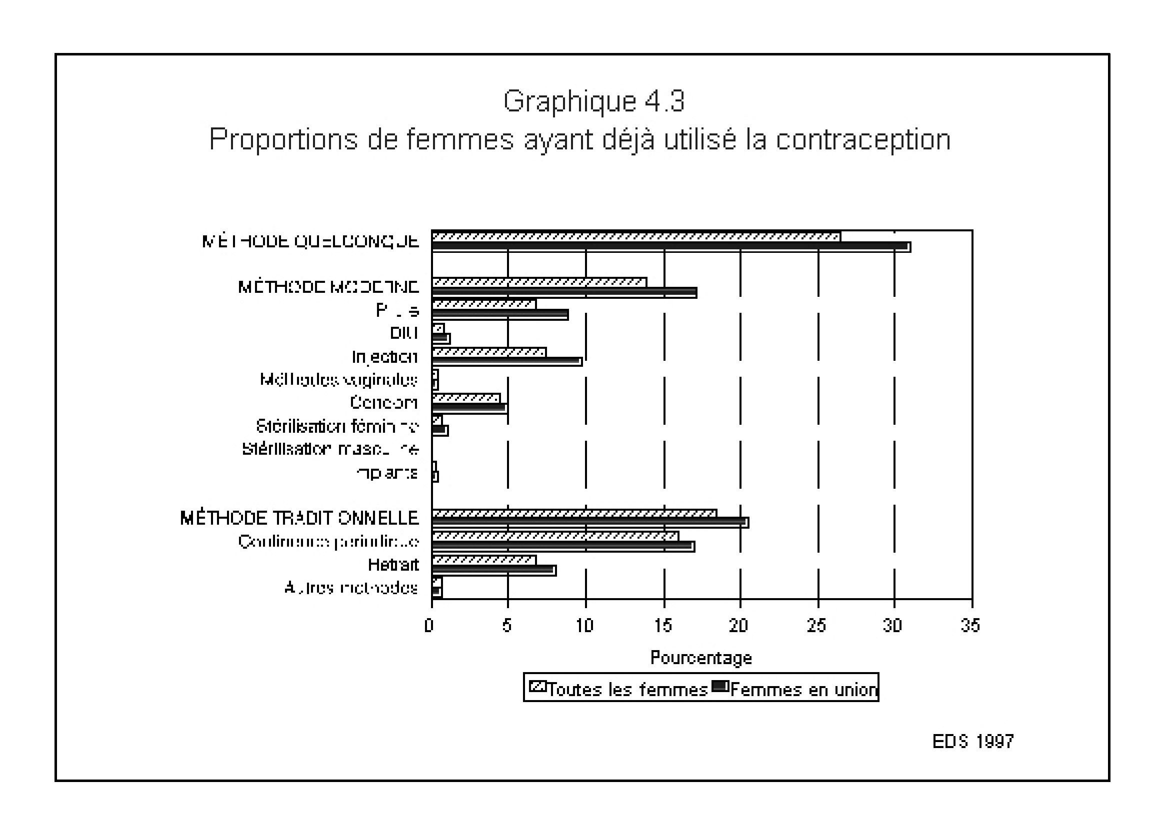
Aux femmes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, l'enquêtrice a demandé si elles avaient déjà utilisé cette méthode. Ces informations permettent de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment quelconque de la vie féconde des femmes (tableau 4.3 et graphique 4.3).

Tableau 4.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentages de femmes, de femmes actuellement en union, et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique et selon l'âge, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	N'im-porte quelle méthode	N'im-porte quelle méthode moderne	Méthodes modernes: Pilule	DIU	Injec-tion	Méthode vaginales	Condom	Stér. fém.	Stér. masc.	Implants	N'im-port quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles: Contin. pério-dique	Retrait	Méth. popul.	N'importe quelle méthode popul./trad.	Effectif de femmes
							TOUTES LES FEMMES									
15-19	9,0	3,0	1,0	0,0	0,8	0,1	1,4	0,0	0,0	0,0	6,8	5,7	2,2	0,3	7,0	1 553
20-24	27,6	14,0	6,7	0,2	6,0	0,2	5,4	0,1	0,0	0,2	19,7	16,7	7,4	0,5	19,8	1 325
25-29	32,5	15,9	8,1	0,9	8,7	0,2	4,5	0,1	0,0	0,2	23,3	20,1	9,2	0,4	23,5	1 196
30-34	34,5	20,7	11,3	1,3	12,6	0,5	6,3	0,5	0,0	0,4	22,7	19,8	8,8	0,4	22,8	1 012
35-39	33,8	18,6	8,6	1,4	9,8	0,6	6,5	1,8	0,3	0,8	23,5	20,9	8,4	1,0	24,3	844
40-44	32,6	18,3	9,6	1,1	11,0	0,9	4,0	2,4	0,0	0,3	22,0	20,4	6,7	1,0	22,5	652
45-49	27,6	15,3	6,6	1,5	9,1	0,5	4,1	2,0	0,0	0,1	17,5	16,7	4,9	0,8	17,9	477
Ensemble	26,5	13,9	6,8	0,8	7,4	0,4	4,4	0,7	0,0	0,3	18,4	16,2	6,7	0,6	18,7	7 060
							FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION									
15-19	11,5	3,6	2,0	0,0	1,7	0,0	0,6	0,0	0,0	0,1	8,5	6,0	3,6	0,3	8,8	434
20-24	29,2	15,8	8,1	0,3	8,1	0,2	4,8	0,2	0,0	0,4	18,9	15,2	7,7	0,6	19,0	822
25-29	32,7	16,8	8,5	1,2	9,3	0,1	4,7	0,1	0,0	0,3	22,6	18,7	10,3	0,3	22,8	886
30-34	36,0	22,6	12,4	1,6	14,1	0,5	6,5	0,6	0,0	0,4	22,3	19,2	9,3	0,6	22,4	806
35-39	35,4	20,0	9,6	1,7	11,1	0,8	6,9	2,0	0,2	1,0	24,5	21,9	9,4	1,0	25,3	639
40-44	35,0	20,5	10,9	1,4	11,8	1,2	4,5	3,0	0,0	0,4	23,2	21,5	7,0	1,4	23,8	506
45-49	29,5	16,4	7,7	2,0	10,1	0,6	3,6	2,6	0,0	0,1	18,6	17,9	5,0	1,1	19,1	343
Ensemble	31,0	17,2	8,9	1,2	9,8	0,4	4,9	1,0	0,0	0,4	20,5	17,6	8,0	0,7	20,8	4 435
							PAS EN UNION MAIS SEXUELLEMENT ACTIVE									
15-19	22,9	9,4	2,1	0,0	1,4	0,0	6,2	0,0	0,0	0,0	16,6	15,2	5,0	1,7	17,3	172
20-24	45,0	23,9	11,4	0,3	5,7	0,3	13,3	0,0	0,0	0,0	36,3	34,4	15,8	0,3	36,3	150
25-29	39,2	24,1	14,2	0,0	15,0	0,6	6,1	0,0	0,0	0,0	27,9	27,3	7,9	0,0	27,9	79
30-34	49,5	36,4	22,2	0,0	18,0	4,0	14,6	0,0	0,0	0,0	32,9	30,1	9,3	0,0	32,9	40
35-39	44,8	21,1	3,0	1,9	11,1	0,0	7,8	1,9	0,0	0,0	31,8	24,0	11,5	2,5	34,3	57
40-44	37,2	23,5	11,1	0,0	19,7	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	21,6	21,6	6,1	0,0	21,6	33
45-49	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	22
Ensemble	36,9	20,5	8,6	0,4	8,5	0,6	9,9	0,3	0,0	0,0	26,4	24,3	9,4	0,9	26,9	553

* Basé sur trop peu de cas



Plus d'un quart (27 %) des femmes enquêtées ont déjà utilisé une méthode contraceptive et les méthodes traditionnelles ont davantage été utilisées que les méthodes modernes (18 % contre 14 %). Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique (16 %) et le retrait (7 %) sont les plus fréquentes. Pour les méthodes modernes, l'injection (7 %), la pilule (7 %) et le condom (4 %) sont les méthodes qui ont été les plus utilisées. Il faut noter que l'utilisation des méthodes vaginales, des implants, du DIU ainsi que la pratique de la stérilisation est faible (2 % au total). L'analyse des données selon l'âge met en évidence des différences dans le niveau de pratique de la contraception. La proportion de femmes ayant déjà utilisé une méthode croît selon l'âge allant de 9 % pour les femmes de 15-19 ans à 35 % pour celles de 30-34 ans ; cette proportion diminue ensuite aux âges suivants pour ne concerner que 28 % des femmes de 45-49 ans. Pour les méthodes modernes, le niveau de pratique selon l'âge présente la même allure que celle des femmes ayant déjà utilisé une méthode, avec un niveau légèrement inférieur.

Si le niveau d'utilisation de la contraception pour l'ensemble des femmes est de 27 %, pour les femmes en union il est de 31 %. Pour les femmes en union, les méthodes traditionnelles aussi ont davantage été utilisées que les méthodes modernes (21 % contre 17 %). Parmi ces dernières, l'injection (10 %), la pilule (9 %) et le condom (5 %) ont été les méthodes les plus utilisées tandis que, parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique est la plus répandue (18 %). C'est à 30-34 ans que la proportion des femmes en union ayant déjà utilisé une méthode est la plus élevée (36 %) et cette proportion diminue aux âges suivants.

Les femmes qui sont sexuellement actives, sans être en union, ont les plus forts niveau d'utilisation (37 %) avec 21 % de méthodes modernes et 26 % de méthodes traditionnelles. Ce sous-groupe, de par son mode de vie, apparaît comme le plus sensibilisé aux méthodes contraceptives.

4.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

La prévalence contraceptive est mesurée par le pourcentage de femmes qui utilisent une méthode de contraception au moment de l'enquête. Cette prévalence est présentée au tableau 4.4.

Tableau 4.4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) de femmes, de femmes actuellement en union, et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, qui utilisent actuellement une méthode, selon l'âge, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthodes modernes								N'importe quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles		Méth. popul.	N'importe quelle popul./trad.	N'utilise pas méthode actuellement	Ensemble	Effectif de femmes
			Pilule	DIU	Injection	Méthode vaginales	Condom	Stér. fém.	Stér. masc.	Implants		Contin. périodique	Retrait					
TOUTES LES FEMMES																		
15-19	5,6	1,6	0,4	0,0	0,8	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	3,9	3,3	0,5	0,1	4,0	94,4	100,0	1 553
20-24	16,0	7,4	3,0	0,1	2,9	0,1	1,0	0,1	0,0	0,2	8,5	7,0	1,5	0,1	8,6	84,0	100,0	1 325
25-29	19,3	9,0	2,4	0,4	5,4	0,1	0,4	0,1	0,0	0,2	10,2	8,7	1,5	0,1	10,3	80,7	100,0	1 196
30-34	21,7	11,3	2,9	0,7	5,8	0,1	1,1	0,5	0,0	0,3	10,3	8,8	1,5	0,0	10,4	78,3	100,0	1 012
35-39	22,9	10,4	1,6	0,5	4,5	0,1	0,9	1,8	0,2	0,8	12,1	10,7	1,4	0,3	12,4	77,1	100,0	844
40-44	19,7	9,6	1,9	0,7	3,9	0,0	0,6	2,4	0,0	0,1	9,9	9,3	0,6	0,2	10,1	80,3	100,0	652
45-49	12,6	4,5	0,7	0,4	0,6	0,0	0,8	2,0	0,0	0,1	7,9	7,5	0,4	0,1	8,0	87,4	100,0	477
Ensemble	16,0	7,3	1,9	0,3	3,4	0,1	0,7	0,7	0,0	0,2	8,6	7,4	1,1	0,1	8,7	84,0	100,0	7 060
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																		
15-19	5,5	2,5	0,7	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	2,9	1,8	1,1	0,1	3,0	94,5	100,0	434
20-24	15,9	9,2	3,4	0,2	4,2	0,1	0,7	0,2	0,0	0,4	6,6	4,7	1,9	0,2	6,7	84,1	100,0	822
25-29	20,3	10,6	2,8	0,5	6,3	0,0	0,5	0,1	0,0	0,3	9,5	7,5	2,0	0,2	9,7	79,7	100,0	886
30-34	24,0	12,4	3,1	0,8	6,7	0,1	0,9	0,6	0,0	0,3	11,5	9,6	1,9	0,1	11,5	76,0	100,0	806
35-39	26,3	12,2	2,1	0,7	4,9	0,2	1,1	2,0	0,2	1,0	13,8	12,0	1,9	0,3	14,1	73,7	100,0	639
40-44	22,4	11,2	2,1	0,9	4,3	0,0	0,7	3,0	0,0	0,2	11,0	10,2	0,8	0,2	11,2	77,6	100,0	506
45-49	15,8	5,3	1,0	0,6	0,8	0,0	0,1	2,6	0,0	0,1	10,3	9,7	0,6	0,2	10,5	84,2	100,0	343
Ensemble	19,4	9,7	2,4	0,5	4,7	0,1	0,7	1,0	0,0	0,4	9,5	7,9	1,6	0,2	9,7	80,6	100,0	4 435
PAS EN UNION MAIS SEXUELLEMENT ACTIVE																		
15-19	18,0	5,5	1,7	0,0	1,1	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	12,3	11,5	0,7	0,3	12,5	82,0	100,0	172
20-24	34,4	10,9	6,1	0,0	1,5	0,3	2,9	0,0	0,0	0,0	23,5	22,5	1,0	0,0	23,5	65,6	100,0	150
25-29	27,8	9,1	2,8	0,0	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,7	18,7	0,0	0,0	18,7	72,2	100,0	79
30-34	35,2	23,6	8,3	0,0	9,2	1,2	4,9	0,0	0,0	0,0	11,6	11,6	0,0	0,0	11,6	64,8	100,0	40
35-39	23,8	9,1	0,0	0,0	6,3	0,0	0,9	1,9	0,0	0,0	13,5	13,5	0,0	1,1	14,6	76,2	100,0	57
40-44	23,5	10,4	6,5	0,0	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,1	13,1	0,0	0,0	13,1	76,5	100,0	33
45-49	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	22
Ensemble	26,3	9,9	3,6	0,0	3,2	0,2	2,6	0,3	0,0	0,0	16,2	15,7	0,5	0,2	16,4	73,7	100,0	553

* Basé sur trop peu de cas

Si 27 % de l'ensemble des femmes interrogées ont déclaré avoir pratiqué une méthode quelconque de contraception au cours de leur vie, seulement 16 % d'entre elles en utilisaient une au moment de l'enquête : 9 % utilisaient une méthode traditionnelle ou populaire, presque exclusivement la continence périodique (7 %), et 7 % utilisaient une méthode moderne, essentiellement l'injection (3 %) et la pilule (2 %).

La prévalence contraceptive est légèrement plus importante parmi les femmes en union que parmi l'ensemble des femmes. Chez les femmes en union, 19 % utilisaient une méthode quelconque au moment de l'enquête : moins de 10 % utilisaient une méthode moderne, essentiellement l'injection (5 %) et la pilule (2 %), et moins de 10 % une méthode traditionnelle ou populaire, presque exclusivement la continence périodique (8 %). Chez les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives (représentant 8 % des femmes interrogées), 37 % avaient déclaré avoir pratiqué une méthode quelconque mais seulement 26% d'entre elles ont déclaré en utiliser une au moment de l'enquête : 10 % utilisaient une méthode moderne et 16 % une méthode traditionnelle ou populaire.

Les données selon l'âge font apparaître que le niveau maximum de prévalence se situe à 35-39 ans (26 % pour les femmes en union et 23 % pour l'ensemble des femmes), âges auxquels les femmes ont déjà donné naissance en moyenne à plus de 5 enfants (voir Chapitre 3 - Fécondité); le niveau de prévalence croît avec l'âge jusqu'à 35-39 ans et diminue ensuite aux âges supérieurs.

Pour examiner les caractéristiques des utilisatrices, on se limitera aux femmes actuellement en union qui sont, en principe, les plus exposées aux risques de conception. Les renseignements du tableau 4.5 (illustrés par le graphique 4.4) mettent en évidence des différences importantes selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes.

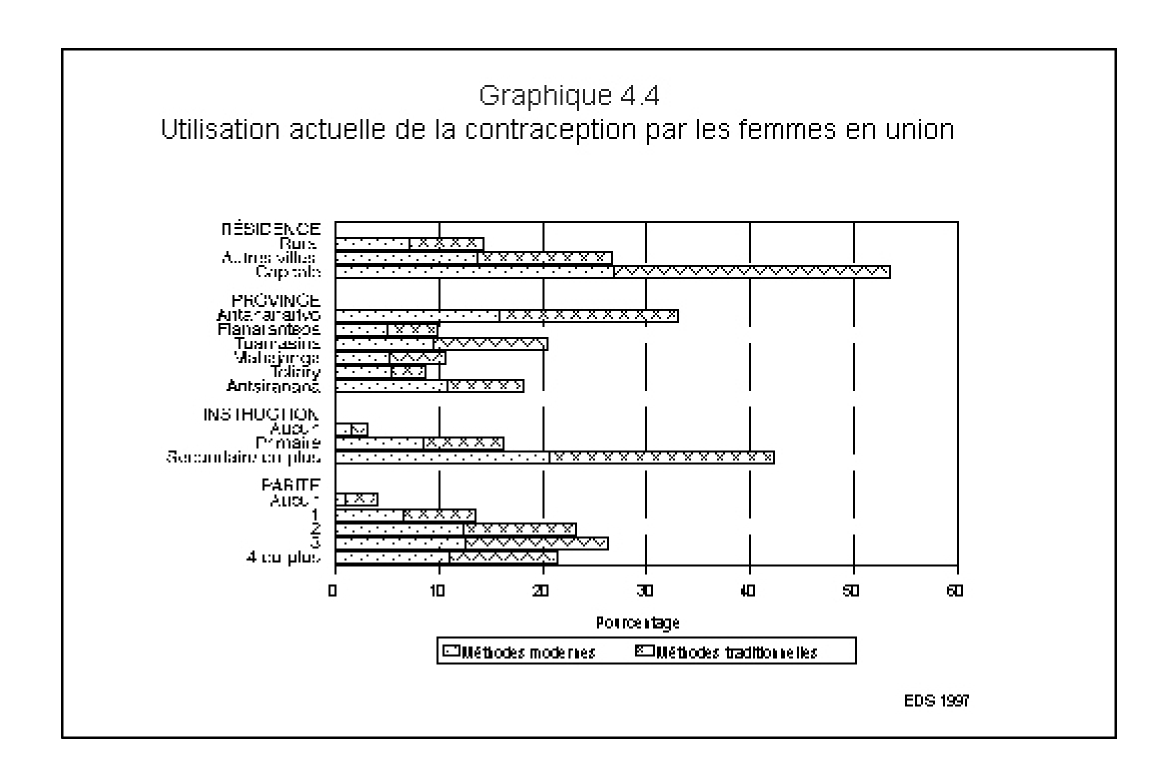
Les différences de prévalence contraceptive sont importantes lorsque l'on considère le milieu de résidence : en milieu rural, seulement 14 % des femmes en union utilisent une méthode contre 53 % dans la Capitale et 35 % dans l'ensemble du milieu urbain. Quelles que soient les méthodes, on retrouve des écarts aussi importants, la prévalence étant de 7 % en milieu rural et de 18 % en milieu urbain pour les méthodes modernes et de 7 % et 17 % pour les méthodes traditionnelles ou populaires, respectivement en milieu rural et en milieu urbain. Comme on pouvait s'y attendre, la prévalence au niveau de la capitale (27 % et 26 % respectivement méthodes modernes et méthodes traditionnelles) est nettement supérieure à celle de l'ensemble urbain, ce qui s'expliquerait par l'accès plus facile aux services de planification familiale. La province d'Antananarivo se distingue par les proportions d'utilisatrices les plus élevées : 33 % pour l'ensemble des méthodes et 16 % pour les méthodes modernes. Les provinces de Toamasina et d'Antsiranana se caractérisent par respectivement, 20 % et 18 % d'utilisatrices pour l'ensemble des méthodes contre respectivement 9 % et 11 % pour les méthodes modernes; ensuite, on trouve les provinces de Mahajanga (11 %) toutes méthodes et 5 % méthodes modernes), de Fianarantsoa (10 % et 5 %) et de Toliary (9 % et 5 %). Il faut remarquer que les provinces d'Antananarivo et de Toamasina ont des niveaux de prévalence supérieurs à la moyenne nationale (19 %) pour l'ensemble des méthodes, et les provinces d'Antananarivo et d'Antsiranana des niveaux supérieurs à la moyenne nationale (10 %) pour les méthodes modernes.

La prévalence contraceptive, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction : 3 % des femmes sans instruction utilisent une méthode quelconque et 2 % une méthode moderne. Chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, la prévalence est cinq fois plus élevée et atteint 16 %, dont 8 % pour les méthodes modernes. C'est chez les femmes les plus instruites que la prévalence contraceptive est la plus élevée, avec plus de deux femmes sur cinq (42 %) qui utilisent une méthode : 21 % utilisent une méthode moderne (9 % injection et 5 % pilule) et 21 % une méthode traditionnelle (19 % continence périodique).

Tableau 4.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthodes modernes								N'importe quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles		Méth. popul.	N'importe quelle popul./trad.	N'utilise pas méthode actuellement	Ensemble	Effectif de femmes
			Pilule	DIU	Injection	Méthode vaginales	Condom	Stér. fém.	Stér. masc.	Implants		Contin. périodique	Retrait					
Milieu de résidence																		
Capitale	53,4	26,8	4,6	3,2	9,7	0,3	2,8	4,3	0,0	1,9	25,7	23,7	2,1	0,9	26,6	46,6	100,0	336
Autres villes	26,6	13,7	2,6	0,4	7,6	0,0	0,9	1,6	0,2	0,3	12,6	11,6	1,0	0,3	12,9	73,4	100,0	796
Ensemble urbain	34,5	17,6	3,2	1,3	8,3	0,1	1,5	2,4	0,1	0,8	16,5	15,2	1,3	0,5	17,0	65,5	100,0	1 132
Rural	14,3	7,1	2,2	0,3	3,4	0,0	0,4	0,5	0,0	0,2	7,2	5,4	1,7	0,1	7,2	85,7	100,0	3 302
Province (Faritany)																		
Antananarivo	32,9	15,9	4,1	1,3	6,4	0,1	1,5	1,8	0,1	0,5	16,7	13,8	3,0	0,2	16,9	67,1	100,0	1 481
Fianarantsoa	9,8	5,1	1,8	0,0	2,8	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	4,7	4,1	0,6	0,0	4,7	90,2	100,0	893
Toamasina	20,4	9,4	1,1	0,4	6,6	0,0	0,4	0,6	0,0	0,2	10,6	9,3	1,3	0,4	11,0	79,6	100,0	602
Mahajanga	10,7	5,3	1,1	0,1	2,4	0,0	0,0	1,0	0,0	0,7	5,4	4,3	1,1	0,0	5,4	89,3	100,0	564
Toliary	8,6	5,4	1,5	0,0	2,3	0,0	0,4	0,8	0,0	0,4	3,2	2,8	0,4	0,0	3,2	91,4	100,0	599
Antsiranana	18,1	10,8	3,1	0,4	6,7	0,0	0,4	0,2	0,0	0,0	6,7	4,7	2,0	0,6	7,3	81,9	100,0	295
Niveau instruction																		
Aucun	3,0	1,5	0,2	0,0	0,8	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	1,5	1,2	0,3	0,0	1,5	97,0	100,0	1 066
Primaire	16,2	8,4	2,1	0,2	4,5	0,0	0,3	0,9	0,1	0,2	7,7	5,7	1,9	0,2	7,9	83,8	100,0	2 275
Secondaire ou supérieur	42,3	20,7	5,2	1,7	8,8	0,2	2,0	2,0	0,0	0,7	21,3	19,1	2,2	0,3	21,6	57,7	100,0	1 093
Nombre d'enfants vivants																		
Aucun	4,1	0,9	0,5	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	2,1	0,8	0,3	3,2	95,9	100,0	445
1	13,5	6,5	2,1	0,1	3,2	0,1	0,4	0,5	0,0	0,2	6,9	5,6	1,3	0,1	7,0	86,5	100,0	733
2	23,2	12,4	3,8	0,7	5,6	0,0	0,8	1,1	0,0	0,4	10,6	9,3	1,3	0,2	10,8	76,8	100,0	778
3	26,2	12,6	2,9	1,4	5,3	0,1	1,2	0,9	0,0	0,8	13,2	10,6	2,6	0,4	13,6	73,8	100,0	646
4+	21,5	11,0	2,3	0,5	5,7	0,1	0,7	1,4	0,1	0,3	10,4	8,8	1,7	0,1	10,5	78,5	100,0	1 833
Ensemble	19,4	9,7	2,4	0,5	4,7	0,1	0,7	1,0	0,0	0,4	9,5	7,9	1,6	0,2	9,7	80,6	100,0	4 435



Graphique 4.4
Utilisation actuelle de la contraception par les femmes en union

L'utilisation de la contraception varie avec la parité. Elle augmente avec le nombre d'enfants passant de 4 % chez les nullipares, à 14 % chez celles ayant un enfant et elle atteint 26 % chez les femmes ayant trois enfants. La prévalence contraceptive diminue ensuite chez les femmes ayant 4 enfants et plus (22 %). Lorsqu'on se limite aux seules méthodes modernes, les variations de la prévalence suivent la même tendance : elles passent de moins de 1 % chez les nullipares, à 13 % chez les femmes ayant 3 enfants et diminuent jusqu'à 11 % chez celles ayant 4 enfants et plus.

Si l'on compare ces résultats à ceux de l'ENDS de 1992, il apparaît que la prévalence contraceptive a augmenté, puisqu'elle est passée de 17 % à 19 % pour l'ensemble des méthodes et elle a doublé, passant de 5 % à 10 %, pour les méthodes modernes. Cependant, ces chiffres mettent encore en évidence des niveaux relativement faibles d'utilisation de la contraception à Madagascar.

Quelques questions ont été posées aux femmes non-utilisatrices, pour savoir si elles avaient reçu, ou non, la visite d'un agent en planning familial au cours des 12 derniers mois, si elles étaient allées dans un établissement de santé pour une raison ou une autre au cours de la même période et si elles avaient parlé, ou non, des méthodes de planning familial avec des membres du personnel d'un établissement de santé. Le tableau 4.6 indique que parmi les 84 % de femmes non-utilisatrices, seulement 4 % des femmes ont été contactées par un agent en planning familial au cours des douze derniers mois. Il faut remarquer que 88 % des femmes non-utilisatrices n'ont pas parlé des méthodes de planning familial avec des membres du personnel d'un établissement de santé. La situation est quasiment identique selon les provinces et le milieu de résidence.

Tableau 4.6 Contact des non-utilisatrices de la contraception avec des agents de planning familial

Répartition (en %) des non-utilisatrices de la contraception selon qu'elles ont été, ou non, contactées par un agent en planning familial ou qu'elles ont parlé des méthodes de de planning familial avec des membres du personnel d'un établissement de santé, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	A été visitée par un agent de PF			N'a pas été visitée par un agent de PF						
	A visité un établissement sanitaire			A visité un établissement sanitaire						
	Oui			Oui						
	A parlé de PF			A parlé de PF						
Caractéristique	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	ND	Aucun contact de PF	Total	Effectif
Milieu de résidence										
Capitale	0,6	1,1	0,9	11,6	29,0	56,5	0,2	85,6	100,0	404
Autres villes	1,8	1,6	2,7	10,7	25,6	57,5	0,0	83,2	100,0	1 050
Ensemble urbain	1,5	1,5	2,2	11,0	26,6	57,2	0,1	83,8	100,0	1 454
Rural	1,1	0,7	2,3	6,8	26,4	62,6	0,1	89,0	100,0	4 476
Province (Faritany)										
Antananarivo	0,5	0,6	1,8	7,2	27,1	62,5	0,2	89,7	100,0	1 811
Fianarantsoa	0,9	1,1	1,5	6,6	29,9	60,0	0,1	89,9	100,0	1 302
Toamasina	1,6	0,8	3,1	8,7	16,5	69,3	0,0	85,8	100,0	837
Mahajanga	1,8	1,0	4,0	7,5	26,6	59,0	0,1	85,6	100,0	770
Toliary	1,9	1,2	2,5	7,3	25,9	61,1	0,0	87,0	100,0	789
Antsiranana	1,5	1,0	1,7	14,1	33,1	48,6	0,0	81,7	100,0	422
Niveau instruction										
Aucun	0,6	0,6	1,4	4,4	20,8	72,2	0,1	93,0	100,0	1 459
Primaire	1,2	0,7	2,4	7,2	27,6	60,8	0,1	88,4	100,0	3 199
Secondaire ou supérieur	2,0	1,5	3,0	13,5	29,9	49,9	0,2	79,8	100,0	1 272
Total	1,2	0,9	2,3	7,8	26,4	61,3	0,1	87,7	100,0	5 930

4.4 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte, répondre à des objectifs différents : retard de la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacement des naissances si la contraception débute à des parités faibles, ou encore contraception d'arrêt, lorsqu'elle commence à des parités élevées, c'est-à-dire lorsque le nombre d'enfants désiré est déjà atteint.

Le tableau 4.7 présente, par groupes d'âges, la répartition des femmes non-célibataires selon le nombre d'enfants vivants qu'elles avaient au moment où elles ont utilisé la contraception pour la première fois. La proportion de femmes ayant utilisé la contraception pour la première fois alors qu'elles étaient nullipares augmente des générations les plus anciennes (2 % à 45-49 ans) aux générations récentes (9 % à 20-24 ans). On note la même tendance pour les femmes qui ont commencé à pratiquer la contraception après la naissance du premier enfant : en effet, les proportions passent de 3 % à 45-49 ans à 10 % à 20-24 ans. Les jeunes générations ont plus tendance que les anciennes à retarder la venue du premier enfant. De même, on remarque que le nombre médian d'enfants à la première utilisation passe de 5,4 pour les femmes les plus âgées à 2 pour celles de 25-29 ans et à 1,5 pour celles de 20-24 ans. Ces résultats suggèrent qu'un changement de comportement se dessine, les jeunes générations ayant plus tendance que les anciennes à retarder la venue du premier enfant et/ou à commencer à espacer leurs naissances dès les premières parités.

Tableau 4.7 Nombre d'enfants à la première utilisation

Répartition (en %) des femmes non-célibataires par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception et nombre médian d'enfants à la première utilisation, selon l'âge actuel, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Jamais utilisé la contra-ception	Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception						Total	Effectif de femmes	Médiane
		0	1	2	3	4+	ND			
15-19	88,1	6,2	4,2	1,4	0,0	0,1	0,0	100,0	524	-
20-24	72,2	9,0	10,4	6,0	2,0	0,1	0,3	100,0	985	1,5
25-29	67,2	8,6	7,7	7,9	4,2	4,3	0,1	100,0	1 047	2,0
30-34	65,8	6,0	6,1	5,6	4,8	11,3	0,4	100,0	950	2,9
35-39	65,6	4,1	5,2	4,6	5,0	14,9	0,5	100,0	796	3,6
40-44	67,1	2,9	4,5	4,4	3,7	17,4	0,2	100,0	635	4,3
45-49	72,4	2,2	3,4	1,9	2,1	18,0	0,0	100,0	471	5,4
Ensemble	70,1	6,1	6,4	5,1	3,4	8,7	0,2	100,0	5 409	2,5

4.5 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

L'efficacité de l'utilisation de certaines méthodes de contraception, en particulier la continence périodique, dépend de la connaissance exacte de la période de fécondabilité au cours du cycle menstruel. Pour mesurer le niveau de connaissance des femmes, on leur a demandé si elles pensaient, qu'au cours du cycle, il existait une période pendant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Compte tenu des très nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette dernière question, on a essayé de regrouper les réponses en trois grandes catégories (tableau 4.8) :

- connaissance exacte : "milieu du cycle";
- connaissance douteuse : "juste après la fin des règles", "juste avant le début des règles". Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du "juste avant" et du "juste après", elles peuvent correspondre à la période de fécondabilité;
- méconnaissance : "pendant les règles", "autre", "n'importe quand" ou "ne sait pas".

Pratiquement trois femmes sur quatre (71 %) n'ont aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne savent pas situer correctement cette période, 5 % ont une connaissance douteuse et seulement une femme sur quatre (24 %) a une connaissance précise de la période où une femme a le plus de chance de tomber enceinte. Par contre, la connaissance des femmes ayant déjà utilisé la continence périodique comme méthode de contraception est nettement meilleure, puisque 71 % d'entre elles ont su situer correctement la période de fécondabilité. Néanmoins, parmi ces utilisatrices, on constate que 7 % n'en ont qu'une connaissance douteuse et près de 23 % ne savent pas situer la période au cours de laquelle elles doivent s'abstenir de rapports sexuels pour éviter de tomber enceinte. Comme pour les femmes ayant déjà utilisé la continence périodique, 71 % des femmes ayant déjà utilisé la méthode du calendrier ont une connaissance précise de la période de fécondabilité, 6 % une connaissance douteuse et 22 % une méconnaissance. Il faut tout de même rappeler que la continence périodique et l'utilisation de la méthode du calendrier concernent 14 % des femmes. Aussi, une éducation des femmes pour améliorer la connaissance de leur cycle s'avère nécessaire, ce qui améliorerait nettement l'efficacité de ces méthodes.

Tableau 4.8 Connaissance de la période féconde

Répartition (en %) des femmes selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, pour toutes les femmes et pour celles pratiquant la continence périodique selon la méthode utilisée pour déterminer la période pendant laquelle s'abstenir, EDS Madagascar 1997

Connaissance de la période féconde	Utilisatrices de la continence pérodique: Ensemble	Méthode calendrier	Méthode de la température	Toutes les femmes
Connaissance				
Au milieu du cycle	70,9	70,7	*	24,1
Connaissance douteuse				
Juste après les règles	4,3	4,5	*	4,2
Juste avant les règles	2,2	1,9	*	1,1
Ne connaît pas				
Pendant les règles	0,6	0,6	*	0,2
À n'importe quel moment	4,4	4,5	*	20,4
Autre	5,5	5,3	*	2,6
NSP/ND	12,1	12,3	*	47,5
Total	100,0	100,0	*	100,0
Effectif	525	486	22	7 060

* Basé sur trop peu de cas

4.6 EFFET CONTRACEPTIF DE L'ALLAITEMENT

La connaissance de l'effet de l'allaitement maternel sur le risque de grossesse est importante car celui-ci pratiqué correctement en fréquence et en durée influe sur le risque de grossesse, en prolongeant la période d'aménorrhée. Cependant, pour être effective, l'utilisation de l'allaitement comme méthode de contraception (Méthode de l'Aménorrhée Lactaire) dépend de plusieurs critères : la femme doit effectivement être en aménorrhée post-partum (pas de règles depuis la dernière naissance), elle doit exclusivement, ou presque, allaiter un enfant âgé de moins de 6 mois. Si un seul de ces critères n'est pas rempli, le risque de tomber enceinte augmente considérablement.

Dans le cadre de l'EDS, on a demandé aux femmes en union si elles pensaient que l'allaitement influence le risque de tomber enceinte. En cas de réponse positive, on demandait alors si l'allaitement augmente ou diminue le risque de grossesse et enfin, si elles avaient déjà compté sur l'allaitement pour éviter une grossesse (tableau 4.9).

Un peu moins de la moitié des femmes en union (44 %) pensent que le fait d'allaiter un enfant ne joue pas sur le risque de tomber enceinte, 10 % pensent que cela l'accroît, 14 % n'ont pu se prononcer, 7 % pense que cela dépend et, enfin, une femme sur quatre (25 %) pense qu'allaiter un enfant diminue le risque de tomber enceinte. Bien que l'on constate certaines différences d'opinion selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes, aucune tendance ne semble se dégager. Toutefois, on peut noter que la proportion des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus pensant que l'allaitement diminue le risque de tomber enceinte (39 %) est largement supérieure à la moyenne nationale (25 %).

Un peu plus d'une femme sur dix (13 %) a déjà compté sur l'allaitement pour éviter une grossesse et au moment de l'enquête, 7 % déclarent utiliser cette *méthode* pour retarder leur prochaine grossesse. En

Tableau 4.9 Effet contraceptif de l'allaitement

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon leur perception du rôle de l'allaitement sur le risque de tomber enceinte, pourcentages de femmes actuellement en union qui ont déjà compté et de celles qui comptent actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte, et pourcentage de celles qui répondent aux critères de la méthode de l'aménorrhée lactaire, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Risque de grossesse et allaitement									
Caractéristique	Allaitement n'a pas d'effet sur le risque de grossesse	Allaitement augmente le risque de grossesse	Allaitement diminue le risque de grossesse	Cela dépend	NSP/ ND	Total	A déjà utilisé l'allaitement pour éviter une grossesse	Utilise actuellement l'allaitement pour éviter une grossesse	Répond aux critères de l'aménorrhée lactaire[1]	Effectif de femmes
Groupe d'âges										
15-19	46,0	11,0	17,0	5,9	20,1	100,0	7,0	5,4	8,6	434
20-24	47,4	8,9	22,6	5,4	15,7	100,0	11,8	7,3	10,3	822
25-29	41,9	10,0	28,9	8,1	11,1	100,0	15,6	10,3	8,6	886
30-34	45,3	10,6	24,9	7,6	11,5	100,0	15,7	9,0	6,3	806
35-39	40,3	10,2	30,5	5,0	14,0	100,0	14,8	7,2	4,4	639
40-44	41,9	11,6	24,5	6,4	15,7	100,0	13,8	4,5	1,2	506
45-49	48,9	9,1	21,2	5,7	15,1	100,0	9,7	1,7	0,3	343
Milieu de résidence										
Capitale	34,3	9,9	41,6	3,5	10,7	100,0	15,6	7,5	2,2	336
Autres villes	38,4	12,1	32,4	7,7	9,3	100,0	17,7	10,2	4,8	796
Ensemble urbain	37,2	11,5	35,1	6,5	9,7	100,0	17,0	9,4	4,0	1 132
Rural	46,7	9,7	21,5	6,5	15,7	100,0	12,0	6,5	7,2	3 302
Province (Faritany)										
Antananarivo	44,9	6,5	28,7	2,9	17,0	100,0	13,4	6,4	5,4	1 481
Fianarantsoa	54,5	7,2	22,4	4,8	11,1	100,0	14,8	9,5	6,9	893
Toamasina	39,2	9,0	22,6	8,5	20,6	100,0	17,2	8,1	8,0	602
Mahajanga	38,6	15,4	26,5	11,1	8,3	100,0	13,4	7,8	8,3	564
Toliary	33,8	20,6	20,3	10,6	14,7	100,0	8,0	5,3	4,8	599
Antsiranana	52,2	8,4	25,1	8,0	6,2	100,0	10,7	5,5	6,4	295
Niveau instruction										
Aucun	49,2	11,2	17,3	7,0	15,3	100,0	9,2	5,3	6,3	1 066
Primaire	46,4	8,5	22,0	6,4	16,7	100,0	12,9	7,2	6,9	2 275
Secondaire ou supérieur	34,9	12,5	38,7	6,1	7,8	100,0	18,2	9,3	5,4	1 093
Ensemble	44,3	10,1	25,0	6,5	14,2	100,0	13,3	7,2	6,4	4 435

fait, au moment de l'enquête, 6 % des femmes en union répondaient effectivement aux critères de la méthode de l'aménorrhée lactaire, c'est-à-dire qu'elles étaient en aménorrhée post-partum et qu'elles avaient un enfant de moins de 6 mois qu'elles allaitaient, exclusivement ou avec seulement de l'eau en complément.

4.7 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des secteurs public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes modernes de contraception, on a demandé aux utilisatrices actuelles d'indiquer l'endroit où elles obtiennent leur méthode. Le tableau 4.10 indique que la majorité des utilisatrices actuelles de la contraception s'approvisionnent auprès du secteur public (52 %); le secteur privé intervient pour 39 % dont une contribution substantielle (20 %) de la FISA (Fianakaviana Sambatra), une association du bien être familial, et les autres sources à caractère non médical 8 %.

Tableau 4.10 Source d'approvisionnement en contraceptifs modernes

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement la plus récente, selon les méthodes spécifiques, EDS Madagascar 1997

Source d'approvisionnement	Méthode: Pilule	DIU	Injection	Condom	Stér. féminin	Total[1]
Secteur public	48,7	43,5	55,9	18,6	77,8	52,1
Hôpital	24,9	27,4	31,5	12,5	74,6	32,4
Centre de santé	9,1	4,1	8,9	1,2	0,0	6,9
Dispensaire	11,3	10,0	11,4	0,0	0,0	9,2
Poste de santé	3,3	2,0	4,1	4,9	3,1	3,6
Secteur médical privé	43,9	54,4	38,0	45,7	16,4	39,2
Hôpital privé, clinique	3,6	8,2	4,7	4,0	16,4	6,0
Pharmacie	2,2	0,0	0,4	36,4	0,0	4,2
Médecin privé	11,2	8,2	8,0	0,0	0,0	7,0
Centre de PF/FISA	23,8	25,6	24,5	4,3	0,0	20,2
Autre médical privé	3,1	12,5	0,4	1,0	0,0	1,8
Autre secteur privé	7,4	2,0	6,0	35,7	0,0	8,2
Boutique/marché	0,0	0,0	0,0	30,3	0,0	2,9
Centre religieux	5,3	2,0	6,0	1,0	0,0	4,3
Parents	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Amis	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,3
Autre	1,7	0,0	0,0	1,3	0,0	0,6
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	5,8	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	133	24	241	49	48	518

[1] Y compris 16 utilisatrices du Norplant, 6 de méthodes vaginales et 2 de stérilisation masculine.

Le secteur public est le principal fournisseur de certaines méthodes contraceptives modernes. Parmi les utilisatrices de la pilule, en effet, 49 % s'approvisionnent auprès du secteur public, dont 25 % dans les hôpitaux; 44 % ont recours au secteur privé, en particulier à la FISA (24 %). La stérilisation féminine est pratiquée dans les hôpitaux publics (75 %); le recours aux cliniques est peu fréquent (16 %). Pour l'injection, le secteur public contribue pour 56 %.

Les utilisatrices du condom et du DIU s'approvisionnent plus fréquemment auprès du secteur privé que du secteur public (respectivement 46 % et 54 % contre 19 % et 44 %).

4.8 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

On a demandé aux femmes, qui n'étaient pas enceintes et qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode moderne dans l'avenir. Le tableau 4.11 fournit la distribution des femmes en union selon l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans le futur. On a distingué, en outre, celles qui n'ont jamais utilisé la contraception de celles qui l'ont déjà utilisée mais qui ne l'utilisaient pas au moment de l'enquête.

Tableau 4.11 Utilisation future de la contraception

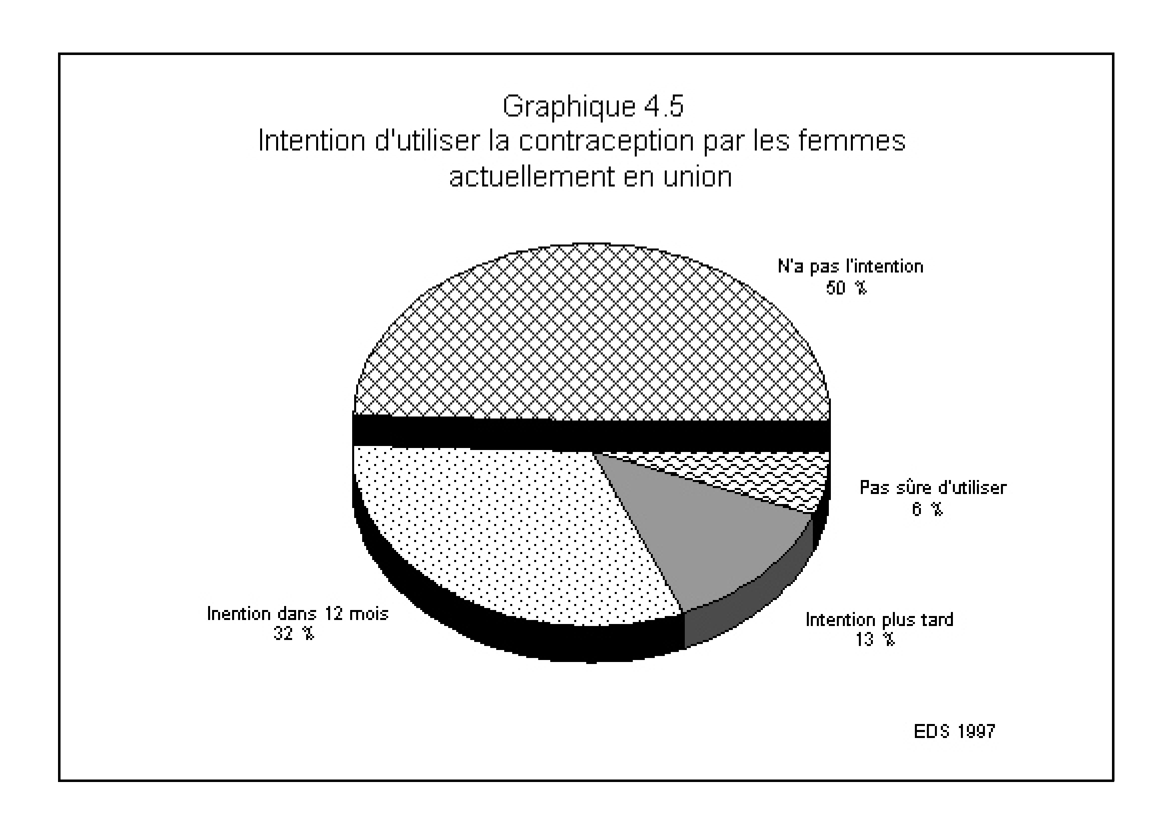
Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement de méthode, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir selon le nombre d'enfants vivants et selon l'expérience passée en matière de contraception, EDS Madagascar 1997

Intention d'utiliser dans le futur	Nombre d'enfants vivants[1]					
	0	1	2	3	4 ou +	Ensemble
N'a jamais utilisé contraception						
Dans les 12 prochains mois	4,7	19,0	24,4	27,3	30,5	24,7
Utilise plus tard	15,7	13,1	10,0	9,5	8,2	10,2
Pas sûre de la date	0,0	0,2	1,7	0,4	0,4	0,6
Pas sûre d'utiliser	8,2	5,6	5,5	5,5	3,8	5,0
N'a pas l'intention	64,0	47,1	44,3	37,2	43,2	45,2
A déjà utilisé contraception						
Dans les 12 prochains mois	1,2	7,5	7,4	9,9	6,9	7,0
Utilise plus tard	3,2	3,2	2,2	4,5	0,7	2,2
Pas sûre de la date	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1
Pas sûre d'utiliser	0,7	1,2	0,5	0,0	0,4	0,5
N'a pas l'intention	2,4	3,0	3,5	5,4	5,4	4,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Non utilisatrices en union						
Dans les 12 prochains mois	5,9	26,5	31,8	37,2	37,4	31,6
Utilise plus tard	18,9	16,3	12,2	14,0	9,0	12,4
Pas sûre de la date	0,0	0,2	1,7	0,7	0,5	0,7
Pas sûre d'utiliser	8,9	6,9	6,0	5,5	4,2	5,6
N'a pas l'intention	66,4	50,1	47,8	42,6	48,6	49,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	328	605	619	489	1 530	3 572

[1] Y compris la grossesse actuelle.

Parmi les femmes non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête, 45 % ont l'intention de l'utiliser dans le futur, dont 32 % dans un avenir proche (dans les 12 mois suivant l'interview) (graphique 4.5). Parmi ces dernières, 78 % n'ont jamais utilisé une méthode de contraception. La proportion des femmes qui déclarent avoir l'intention d'utiliser une méthode de planification familiale dans les douze prochains mois augmente avec la parité : elle passe de 6 % chez les nullipares, à 27 % chez les femmes ayant un enfant, puis à 32 % chez celles ayant deux enfants, et elle atteint 37 % chez celles ayant 3 enfants et plus.

Aux femmes non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne pas avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir, on a demandé quelle en était la raison. Les données du tableau 4.12 indiquent que, quel que soit l'âge, le désir d'avoir des enfants est la raison la plus fréquemment évoquée par les femmes (38 %), suivie de raisons relatives au manque de connaissance des méthodes (13 %) ou d'une source (6 %), des raisons relatives à la peur des effets secondaires (8 %) et de raisons relatives à l'opposition à la planification familiale (8 %). Il faut noter que la raison de désir d'avoir des enfants a été évoquée par une femme sur deux de moins de 30 ans (51 %), et seulement par une femme sur quatre de plus de 30 ans (28 %). Pour ces dernières, la ménopause et l'hystérectomie (13 %) ainsi que la stérilité (13 %) constituent des raisons importantes de non-utilisation de la contraception.



Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix. Il ressort du tableau 4.13 que les méthodes modernes (70 %) sont les plus fréquemment citées, avec notamment 32 % pour l'injection et 22 % pour la pilule. Les méthodes traditionnelles, presque exclusivement la continence périodique, ont été sélectionnées par 12 % des femmes, et les méthodes populaires par moins de 1 %. Il est intéressant de noter que 71 % des femmes interrogées désirent utiliser des méthodes contraceptives dans un proche avenir. Parmi ces dernières, 73 % utiliseraient des méthodes modernes, et 12 % des méthodes tradition-nelles.

Tableau 4.12 Raison de non-utilisation de la contraception

Répartition (en %) des enquêtées qui n'utilisent pas actuellement une méthode et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, EDS Madagascar 1997

Raison de non-utilisation de la contraception	Âge		Tous les âges
	<30	30+	
Pas de rapports sexuels	0,0	0,4	0,3
Rapports sexuels peu fréquents	0,1	1,8	1,1
Ménopausée/hystérectomie	0,0	13,1	7,5
Sous-féconde/Stérile	1,3	12,6	7,8
Post partum/Allaitement	0,3	0,1	0,2
Veut plus d'enfants	50,9	28,0	37,7
Enquêtée opposée	7,2	8,6	8,0
Mari opposé	1,8	1,6	1,7
Autres personnes opposées	0,5	0,2	0,3
Interdits religieux	0,3	0,7	0,6
Ne connaît aucune méthode	13,4	11,8	12,5
Ne connaît aucune source	8,1	3,9	5,7
Problème de santé	2,1	4,2	3,3
Peur des effets secondaires	8,9	7,9	8,3
Pas accessible	0,5	0,4	0,4
Trop chère	0,2	0,9	0,6
Pas pratique à utiliser	0,7	0,5	0,6
Interfère avec le corps	0,1	0,6	0,4
Autre	0,4	1,2	0,9
NSP	3,0	1,4	2,1
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	754	1 016	1 770

Tableau 4.13 Méthode contraceptive préférée

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée, selon l'intention de l'utiliser dans les 12 prochains mois ou plus tard, EDS Madagascar 1997

Méthode contraceptive préférée	Intention d'utiliser: Dans les 12 prochains mois	Après 12 mois	NSP quand	Ensemble
Pilule	22,7	19,8	23,5	21,9
DIU	1,4	0,2	4,7	1,1
Injection	32,4	31,7	22,8	32,1
Méthodes vaginales	0,3	0,0	0,0	0,2
Condom	3,8	1,7	0,0	3,2
Stérilisation féminine	2,1	2,8	2,1	2,3
Implants	9,8	6,5	4,8	8,8
Continence périodique	11,1	13,3	2,5	11,6
Retrait	0,6	0,6	0,0	0,6
Méthode populaire	0,6	0,9	2,5	0,7
ND	15,1	22,3	37,0	17,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 130	442	23	1 596

4.9 INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

Les média peuvent se révéler très utiles en tant que support pour la diffusion d'informations sur la planification familiale en général, ainsi que sur les différentes méthodes de contraception. Pour cette raison, on a demandé à l'ensemble des femmes si elles avaient entendu ou lu un message quelconque sur la planification familiale à la radio, à la télévision, dans un journal ou une revue ou encore sur une affiche. Les résultats du tableau 4.14 permettent de constater que, durant le mois précédant l'enquête, plus des trois quarts (76 %) des femmes n'ont entendu aucun message, ni à la radio, ni à la télévision. Une femme sur six (17 %) a déclaré avoir entendu un message sur la planification familiale à la radio au cours du mois précédant l'enquête, 6 % à la radio et à la télévision et moins de 1 % à la télévision uniquement.

Comme cela était prévisible, les résultats mettent en évidence des disparités selon les caractéristiques des femmes. La majorité des femmes du milieu rural (84 %) n'ont entendu aucun message contre 56 % en milieu urbain. L'accès à l'information semble dépendre du milieu de résidence et du niveau d'instruction. Si 16 % des femmes ont accès à l'information par la radio et/ou la télévision en milieu rural, 44 % des femmes ont accès à ces canaux en milieu urbain, notamment 57 % dans la capitale. L'accès à l'information augmente avec le niveau d'instruction : il passe de 6 % pour les femmes sans niveau d'instruction, à 17 % pour celles ayant le niveau primaire et atteint 50 % pour celles ayant le niveau secondaire ou plus. Néanmoins, même parmi les femmes de la capitale et celles de niveau secondaire ou plus, un peu moins de la moitié n'avait entendu aucun message (respectivement 43 % et 50 %). Il faut noter qu'à l'exception des femmes résidant à Antananarivo, plus des trois quarts des femmes des autres provinces n'ont entendu aucun message sur la planification familiale à la radio et/ou à la télévision.

Tableau 4.14 Messages sur la planification familiale diffusés à la radio et à la télévision

Répartition (en %) de toutes les femmes selon qu'elles ont ou non entendu, à la radio ou à la télévision, un message sur la planification familiale au cours du mois précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Message sur la planification familiale					
Caractéristique	Aucun	À la radio seulement	À la télé. seulement	À la radio et à la télé.	Total[1]	Effectif
Milieu de résidence						
Capitale	42,9	28,2	3,0	25,8	100,0	636
Autres villes	62,6	23,3	1,8	12,4	100,0	1 351
Ensemble urbain	56,3	24,9	2,2	16,7	100,0	1 987
Rural	83,9	13,8	0,3	2,0	100,0	5 073
Province (Faritany)						
Antananarivo	63,0	25,5	1,5	10,0	100,0	2 387
Fianarantsoa	86,8	10,0	0,0	3,2	100,0	1 432
Toamasina	77,9	15,8	0,6	5,5	100,0	1 007
Mahajanga	75,8	19,1	0,9	4,3	100,0	852
Toliary	87,4	7,4	0,6	4,6	100,0	876
Antsiranana	85,2	10,7	0,5	3,6	100,0	506
Niveau d'instruction						
Aucun	94,3	5,0	0,0	0,7	100,0	1 499
Primaire	82,5	15,1	0,3	2,1	100,0	3 662
Secondaire ou supérieur	49,5	29,9	2,3	18,2	100,0	1 897
Ensemble	76,1	16,9	0,8	6,2	100,0	7 060

[1] Y compris les "non déterminés"

Lors de l'enquête EDS 97, on a demandé aussi aux femmes si elles écoutaient l'émission radiodiffusée relative à la planification familiale intitulée *Sarivolana*. Dans le cas d'une réponse affirmative, l'enquêtrice demandait la fréquence d'écoute durant les douze derniers mois. Il s'est avéré que seulement 16 % de femmes ont écouté l'émission radio-diffusée. Parmi ces dernières, 47 % des femmes ont suivi le feuilleton radiophonique moins de cinq fois durant les douze derniers mois, 22 % l'ont écouté entre 5 et 10 fois, 28 % ont déclaré l'écouter plus de 10 fois et quelque 3 % ne pouvaient se prononcer sur le nombre d'écoute durant les douze derniers mois (tableau 4.15).

L'âge ne semblerait pas être un facteur de différentiation. En effet, les proportions de femmes des différents groupes d'âge qui déclarent avoir suivi au moins une fois le feuilleton radiophonique sont quasi équivalentes (à peu près une femme sur six). Les femmes du milieu urbain suivent plus fréquemment (24 %) l'émission "Sarivolana", notamment les citadines de la capitale (36 %) que les femmes du milieu rural (13 %). C'est dans la province d'Antananarivo que le taux d'écoute est le plus fort (33 %). Les autres provinces ont des taux d'écoute relativement faibles, allant de 2 % pour la province d'Antsiranana qui enregistre le taux le plus faible à 11 % pour la province de Toamasina. L'émission "Sarivolana", comme tout programme radiophonique, intéresse plus les femmes instruites, particulièrement les femmes ayant le niveau secondaire ou plus (32 %), que celles n'ayant aucun niveau 3 %.

Tableau 4.15 Écoute de l'émission de radio Sarivolana

Pourcentage de femmes qui ont écouté l'émission de radio Sarivolana au cours des 12 derniers mois, et répartition (en %) selon le nombre de fois que l'émission a été écoutée, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Pourcentage qui écoute Sarivolana	Effectif	Nombre de fois que l'émission a été écoutée				Total	Effectif de femmes ayant écouté l'émission
			Moins de 5 fois	5 à 10 fois	Plus de 10 fois	NSP		
Groupe d'âges								
15-19	15,6	1 553	51,1	20,7	25,9	2,2	100,0	243
20-24	15,5	1 325	54,3	19,3	23,9	2,6	100,0	206
25-29	15,9	1 196	46,0	18,8	33,4	1,8	100,0	190
30-34	15,4	1 012	40,4	32,9	24,8	1,9	100,0	156
35-39	18,9	844	45,6	19,2	32,3	2,9	100,0	159
40-44	17,3	652	37,0	23,5	29,4	10,1	100,0	113
45-49	15,6	477	43,1	27,5	24,2	5,3	100,0	75
Milieu de résidence								
Capitale	36,4	636	33,5	21,6	38,0	6,8	100,0	231
Autres villes	17,7	1 351	54,2	18,5	25,2	2,1	100,0	239
Ensemble urbain	23,7	1 987	44,0	20,0	31,5	4,4	100,0	470
Rural	13,2	5 073	48,5	23,9	25,1	2,4	100,0	671
Province (Faritany)								
Antananarivo	32,5	2 387	41,8	23,7	30,4	4,1	100,0	777
Fianarantsoa	9,3	1 432	58,0	15,2	25,4	1,3	100,0	133
Toamasina	11,1	1 007	52,9	27,3	18,7	1,1	100,0	112
Mahajanga	7,3	852	61,3	15,2	23,6	0,0	100,0	62
Toliary	5,3	876	57,7	18,6	23,7	0,0	100,0	46
Antsiranana	2,2	506	60,8	17,0	5,2	17,0	100,0	11
Niveau d'instruction								
Aucun	2,7	1 499	53,1	22,6	15,7	8,6	100,0	40
Primaire	13,5	3 662	54,0	22,1	20,6	3,3	100,0	496
Secondaire ou supérieur	31,9	1 897	40,3	22,5	34,4	2,8	100,0	604
Total	16,2	7 060	46,7	22,3	27,8	3,2	100,0	1 141

Par ailleurs, le mois précédant l'enquête, la majorité des femmes (85 %) n'ont reçu aucun message écrit sur la planification familiale par le biais des journaux, magazines, posters ou affiches (tableau 4.16). Ceci étant lié au niveau d'instruction, on constate que seules les femmes ayant un niveau d'études secondaire ou plus ont pu avoir accès à une information écrite.

Tableau 4.16 Messages par écrit sur la planification familiale

Pourcentage de toutes les femmes selon qu'elles ont reçu, ou non, un message par écrit sur la planification familiale au cours des derniers mois précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Message écrit sur la planification				
Caractéristique	Pas de source	Journaux, magazines	Poster	Brochure	Effectif
Milieu de résidence					
Capitale	72,3	14,3	21,4	10,6	636
Autres villes	72,2	12,6	23,3	8,9	1 351
Ensemble urbain	72,2	13,2	22,7	9,4	1 987
Rural	90,5	3,4	7,7	2,9	5 073
Province (Faritany)					
Antananarivo	81,4	8,6	14,2	6,4	2 387
Fianarantsoa	91,1	3,1	6,4	2,6	1 432
Toamasina	89,5	4,9	9,6	4,7	1 007
Mahajanga	80,0	9,0	18,1	5,1	852
Toliary	89,2	3,9	9,5	4,1	876
Antsiranana	82,2	5,0	15,3	3,2	506
Niveau d'instruction					
Aucun	97,8	0,4	1,9	0,6	1 499
Primaire	90,6	2,7	7,7	2,6	3 662
Secondaire ou supérieur	65,6	17,2	27,9	12,0	1 897
Ensemble	85,4	6,1	11,9	4,7	7 060

4.10 OPINIONS ET ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis de la planification familiale constituent un élément décisif pour la pratique de la contraception. L'EDS 97 s'est donc penchée sur les opinions et les attitudes des femmes concernant la planification familiale, ainsi que sur celles de leur conjoint, tant il vrai qu'en la matière, le rôle joué par l'époux peut influencer grandement la décision de la femme. Pour cela, on s'est intéressé aux sujets suivants :

- l'opinion des femmes sur la diffusion d'informations relatives à la contraception;
- la discussion éventuelle sur la contraception avec le conjoint;
- l'opinion des couples face à la planification familiale.

Les deux tiers des femmes (67 %) sont favorables à l'utilisation des média pour la diffusion d'informations relatives à la contraception, 16 % la désapprouvent et 17 % n'ont pas d'opinion sur le sujet (tableau 4.17).

Tableau 4.17 Approbation de l'utilisation des média pour la diffusion de messages sur la planification familiale

Pourcentage de toutes les femmes approuvant la diffusion, à la radio ou à la télévision, de messages sur la planification familiale, selon l'âge et selon certaines caratéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Approbation diffusion message				Total	Effectif
	N'approuve pas	Approuve	Pas sûre	ND		
Groupe d'âge						
15-19	15,6	58,7	25,5	0,1	100,0	1 553
20-24	17,2	67,3	15,5	0,0	100,0	1 325
25-29	16,8	69,5	13,7	0,0	100,0	1 196
30-34	13,9	70,8	15,2	0,0	100,0	1 012
35-39	15,5	69,4	15,0	0,1	100,0	844
40-44	14,9	71,2	13,9	0,1	100,0	652
45-49	18,0	62,5	19,5	0,0	100,0	477
Milieu de résidence						
Capitale	3,8	91,1	4,8	0,2	100,0	636
Autres villes	12,4	73,9	13,5	0,2	100,0	1 351
Ensemble urbain	9,7	79,4	10,7	0,2	100,0	1 987
Rural	18,4	61,5	20,0	0,0	100,0	5 073
Province (Faritany)						
Antananarivo	7,8	78,7	13,4	0,1	100,0	2 387
Fianarantsoa	27,3	54,9	17,7	0,0	100,0	1 432
Toamasina	9,6	74,1	16,4	0,0	100,0	1 007
Mahajanga	19,6	63,9	16,2	0,3	100,0	852
Toliary	22,9	39,9	37,2	0,0	100,0	876
Antsiranana	16,9	77,9	5,2	0,0	100,0	506
Niveau d'instruction						
Aucun	26,1	42,2	31,7	0,0	100,0	1 499
Primaire	15,9	66,5	17,6	0,0	100,0	3 662
Secondaire ou supérieur	8,0	85,9	5,9	0,2	100,0	1 897
Effectif de femmes	16,0	66,6	17,4	0,1	100,0	7 060

On constate que les femmes de 20-29 ans desapprouvent fréquemment l'utilisation des média (en moyenne 17 %). Selon le milieu de résidence, les femmes du milieu urbain approuvent plus fréquemment le recours aux média (79 %), notamment les citadines de la capitale (91 %) que celles du milieu rural 62 %. Le niveau d'approbation le plus faible se situe dans la province de Toliary où seulement 40 % des femmes se sont déclarées favorables à l'utilisation des média pour la planification familiale; viennent ensuite les provinces de Fianarantsoa et de Mahajanga (respectivement 55 % et 64 %). Pour les autres provinces, les proportions de femmes approuvant l'utilisation des média pour la planification familiale sont bien supérieures à la moyenne nationale (67 %). Enfin, les femmes les plus instruites (86 %) approuvent plus fréquemment que les autres la diffusion des informations sur la planification familiale.

Parmi les femmes en union et non stérilisées qui connaissent une méthode contraceptive, seulement deux tiers (67 %) ont abordé le sujet de planification familiale avec leur conjoint : 33 % d'entre elles en ont discuté une ou deux fois au cours des douze derniers mois (tableau 4.18).

Tableau 4.18 Discussion de la planification familiale avec le mari

Répartition (en %) des femmes actuellement en union et non stérilisées et connaissant une methode contraceptive, selon le nombre de fois qu'elles ont discuté de planification familiale avec leur mari, au cours de l'année passée, selon l'âge actuel, EDS Madagascar 1997

	Discussion PF avec mari					
Groupe d'âge	Jamais	Une ou deux fois	Plus souvent	ND	Total	Effectif
15-19	38,9	36,0	25,1	0,0	100,0	227
20-24	33,0	33,8	33,0	0,2	100,0	574
25-29	28,4	33,3	38,4	0,0	100,0	656
30-34	30,1	31,8	37,9	0,2	100,0	608
35-39	33,4	29,7	36,8	0,1	100,0	473
40-44	36,5	32,7	30,7	0,0	100,0	370
45-49	46,9	32,1	21,0	0,0	100,0	228
Ensemble	33,4	32,6	33,9	0,1	100,0	3 137

Les femmes qui ont discuté, le plus souvent, de la planification familiale avec leur partenaire sont celles de 25-29 ans (72 %). Les proportions baissent à mesure que l'âge avance pour ne concerner que 53 % des femmes de 45-49 ans. Pour une partie importante des femmes les plus âgées, la contraception ne fait peut-être pas partie des thèmes que l'on n'aborde avec le mari.

Toujours parmi les femmes en union et non stérilisées qui connaissent une méthode de contraception, 74 % approuvent la planification familiale (tableau 4.19) : 53 % pensent que leur mari est du même avis, 11 % pensent que leur mari est contre tandis que les autres (11 %) ne connaissent pas l'opinion de leur mari. Il faut noter, d'une part, que les maris qui approuvent la planification familiale représentent 56 %, et d'autre part, que les deux tiers (66 %) des couples partagent la même opinion (quelle qu'elle soit) sur la planification familiale.

On constate que les proportions de couples qui approuvent la planification familiale sont plus importantes en milieu urbain (60 %), notamment dans la capitale (71 %) qu'en milieu rural (49 %). C'est dans la province d'Antananarivo que la proportion de couples approuvant la planification familiale est la plus élevée (60 %). Enfin, les couples dans lesquels les femmes sont instruites, sont ceux qui sont le plus fréquemment en accord pour approuver la planification familiale (62 %).

Tableau 4.19 Opinion des couples face à la planification familiale

Parmi les femmes actuellement en union, non stérilisées et qui connaissent une méthode de contraception, pourcentage de celles qui approuvent la planification familiale, selon leur perception de l'opinion de leur mari, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Enquêtée approuve			Enquêtée désapprouve								
Caractéristique	Mari ap-prouve	Mari désap-prouve	Opinion du mari incon-nue	Mari ap-prouve	Mari désap-prouve	Opinion du mari incon-nue	En-quêtée pas sûre	ND	Total	Total en-quêtée approuve	Total mari ap-prouve	Effectif
Groupe d'âges												
15-19	49,1	6,6	16,6	0,3	12,0	7,1	8,3	0,0	100,0	72,3	51,7	227
20-24	50,8	10,1	11,0	2,1	15,6	2,5	7,6	0,2	100,0	72,1	54,3	574
25-29	56,1	12,6	9,8	1,1	10,9	3,0	6,4	0,0	100,0	78,6	58,6	656
30-34	56,2	10,1	9,9	2,2	11,2	2,7	7,5	0,2	100,0	76,1	59,9	608
35-39	48,8	13,6	9,7	2,1	15,8	4,1	5,7	0,1	100,0	72,2	51,5	473
40-44	53,0	11,1	9,6	1,6	13,4	3,4	8,0	0,0	100,0	73,6	55,5	370
45-49	46,5	10,5	9,6	3,4	14,6	5,6	9,8	0,0	100,0	66,6	52,1	228
Milieu de résidence												
Capitale	71,2	11,0	3,9	2,0	8,0	0,3	3,4	0,2	100,0	86,2	74,3	320
Autres villes	53,5	11,7	8,7	1,9	14,9	2,8	6,4	0,0	100,0	73,9	56,6	634
Ensemble urbain	59,5	11,4	7,1	2,0	12,6	2,0	5,4	0,1	100,0	78,0	62,5	954
Rural	49,4	10,9	12,0	1,8	13,5	4,2	8,1	0,1	100,0	72,3	52,6	2 183
Province (Faritany)												
Antananarivo	60,1	11,8	9,0	1,3	8,9	1,5	7,3	0,2	100,0	80,9	63,4	1 283
Fianarantsoa	55,2	7,6	11,5	1,9	14,3	3,0	6,1	0,3	100,0	74,6	58,5	420
Toamasina	54,4	10,1	11,1	2,1	10,3	2,9	9,2	0,0	100,0	75,6	57,3	472
Mahajanga	40,0	10,8	12,7	2,8	18,5	7,5	7,7	0,0	100,0	63,5	44,1	400
Toliary	32,5	9,2	10,9	3,0	27,4	8,7	8,3	0,0	100,0	52,6	35,5	301
Antsiranana	49,3	17,2	11,3	0,9	13,7	3,8	3,8	0,0	100,0	77,7	50,9	261
Niveau instruction												
Aucun	36,8	8,2	12,2	2,8	19,5	8,8	11,8	0,0	100,0	57,2	40,9	447
Primaire	50,9	10,9	12,0	1,5	12,9	3,5	8,2	0,1	100,0	73,8	53,5	1 673
Secondaire ou supérieur	62,1	12,5	7,3	2,0	10,9	1,3	3,9	0,2	100,0	82,0	65,6	1 017
Ensemble	52,5	11,0	10,5	1,8	13,2	3,5	7,3	0,1	100,0	74,1	55,7	3 137

CHAPITRE 5

ÉTAT MATRIMONIAL ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Jean Razanadrasara

Le comportement procréateur des femmes est affecté par plusieurs facteurs appelés déterminants proches de la fécondité. Ce chapitre porte sur ces facteurs qui, en dehors de la contraception, jouent un rôle déterminant sur l'exposition au risque de grossesse et donc sur le niveau de la fécondité : il s'agit de l'état matrimonial, de l'activité sexuelle, de l'aménorrhée et de l'abstinence post-partum.

5.1 ÉTAT MATRIMONIAL

À Madagascar, comme dans la plupart des sociétés africaines, le mariage constitue le cadre privilégié de la procréation. Les normes qui le régissent varient d'une population, voire d'un groupe, à l'autre. Les diversités culturelles déterminent les variations de l'âge auquel débute la formation des unions et définissent notamment l'intensité de la nuptialité.

Le tableau 5.1 et le graphique 5.1 présentent la distribution des femmes malgaches selon leur état matrimonial au moment de l'enquête EDS de 1997.

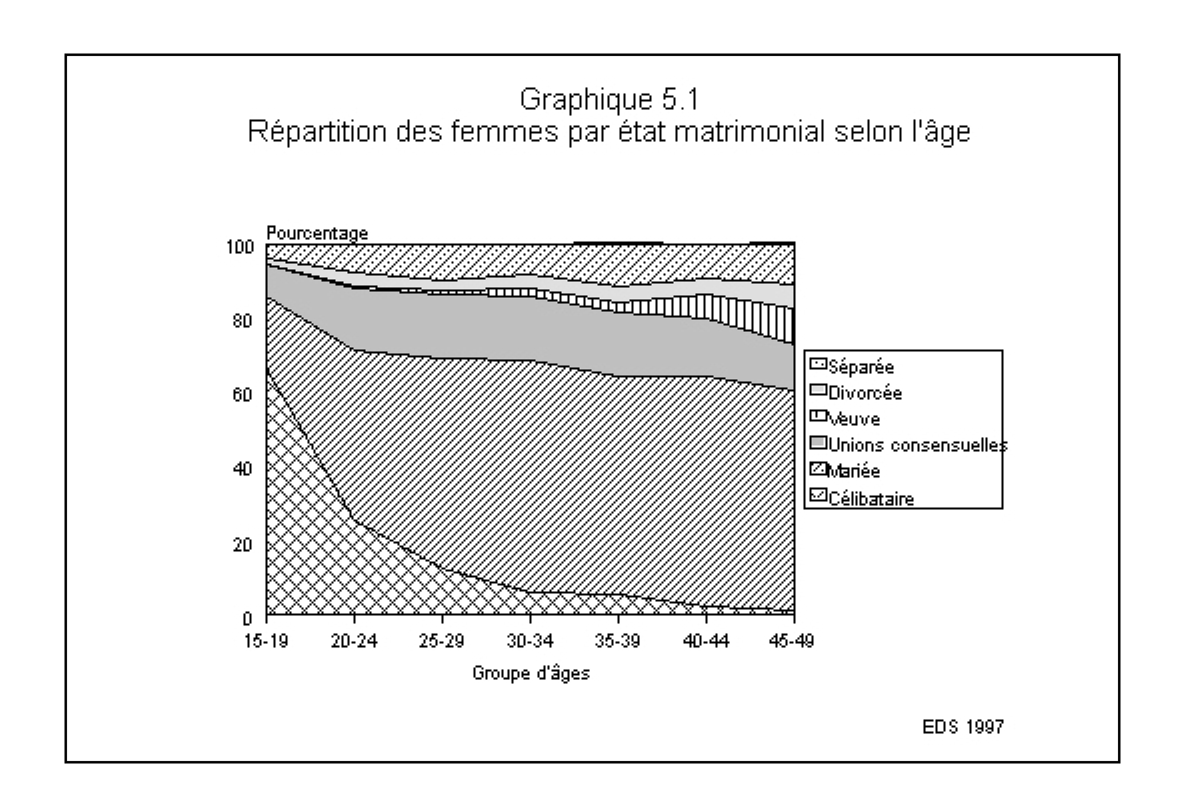
En 1997, la proportion des célibataires, bien qu'un peu inférieure à celle de 1992, diminue très rapidement avec l'âge, passant de 66 % chez les femmes de 15-19 ans à 12 % seulement chez celles de 25-29 ans et à 6 % chez celles de 35-39 ans (graphique 5.1). Comme lors de l'observation de 1992, la proportion des femmes en union augmente avec l'âge jusqu'à 30-34 ans, puis présente des oscillations[1] entre 35-39 ans et 40-44 ans. On note quand même à 45-49 ans, une légère diminution du pourcentage des mariées, du fait de la hausse de la proportion des femmes divorcées ou veuves.

Tableau 5.1 État matrimonial actuel

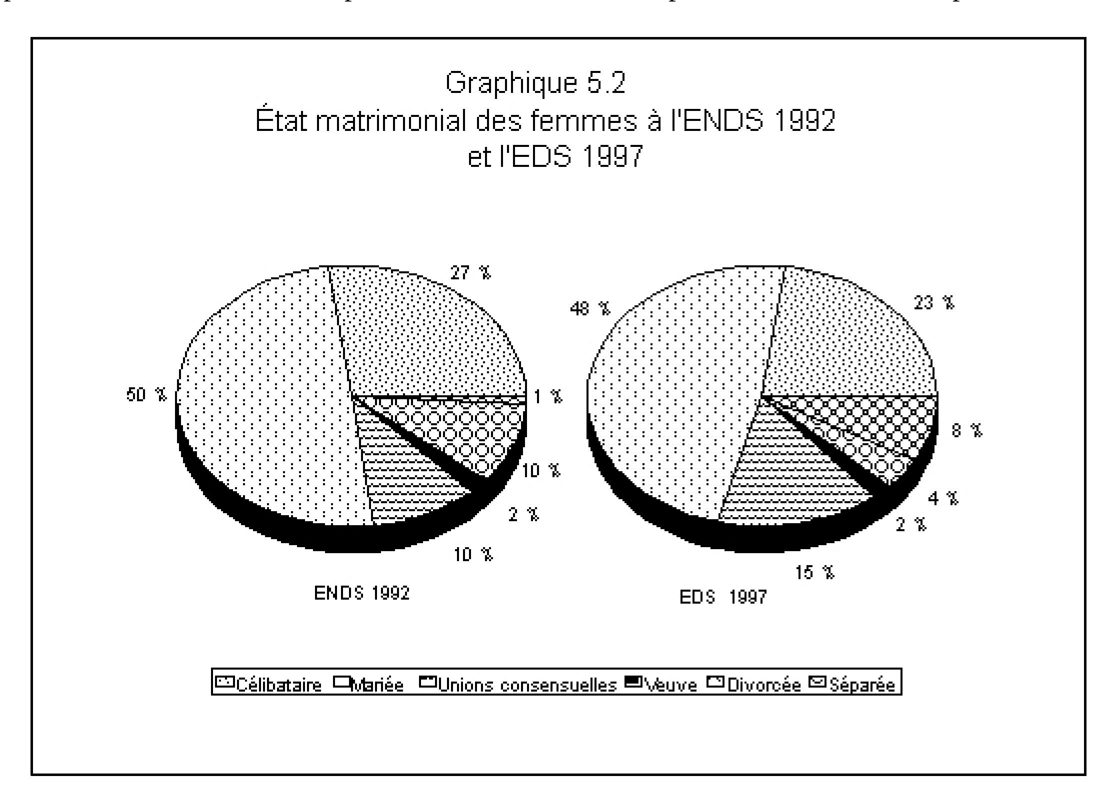
Répartition (en %) des femmes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EDS Madagascar 1997

	État matrimonial							
Groupe d'âges	Jamais mariée	Mariée	Vivant ensemble	Veuve	Divorcée	Vivant pas ensemble	Total	Effectif
15-19	66,3	19,3	8,6	0,3	1,4	4,1	100,0	1 553
20-24	25,7	45,6	16,4	0,6	3,9	7,8	100,0	1 325
25-29	12,4	56,4	17,7	0,8	3,0	9,7	100,0	1 196
30-34	6,1	62,5	17,0	2,4	3,9	8,0	100,0	1 012
35-39	5,6	58,5	17,3	3,0	4,3	11,4	100,0	844
40-44	2,4	62,0	15,5	6,2	4,5	9,1	100,0	652
45-49	1,3	59,1	12,7	9,5	6,4	11,1	100,0	477
Tous âges	23,4	48,0	14,8	2,2	3,5	8,1	100,0	7 060

[1] Une erreur de déclaration d'âges pourrait être à l'origine de ces dents de scie.



Au graphique 5.2, on constate que l'état matrimonial des femmes a peu varié entre 1992 et 1997. Si, en 1992, la majorité des femmes étaient mariées (50 %) ou en union consensuelle (10 %), 27 % des femmes étaient encore célibataires, 2 % veuves et 11 % divorcées ou séparées; en 1997, ces pourcentages sont respectivement de 48 % pour les femmes mariées, de 15 % pour celles qui sont en union consensuelle, de 23 % pour les célibataires, de 2 % pour les veuves et de 12 % pour les divorcées ou séparées.



Parmi les femmes qui ne sont pas en union, on peut distinguer, celles qui ont un partenaire régulier et celles qui ont un partenaire occasionnel. Le tableau 5.2 donne la répartition de ces femmes par âge, par milieu de résidence, par province et par niveau d'instruction le plus élevé selon leur activité sexuelle.

En 1997, près de 58 % des femmes n'avaient pas de partenaire au moment de l'enquête. (38 % pour les célibataires et 20 % pour les femmes dont l'union est rompue).

On peut noter aussi la proportion élevée de femmes ayant un partenaire régulier (19 % pour les célibataires et 13 % pour les femmes dont l'union est rompue) par rapport à celles qui ont un partenaire occasionnel (6 % pour les célibataires et 5 % pour les femmes dont l'union est rompue).

Tableau 5.2 Partenaire des femmes qui ne sont pas en union

Répartition (en %) des femmes qui ne sont pas en union et qui ne vivent pas avec un homme, par type de partenaire sexel selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Célibataire			En union rompue					
Caractéristique	Partenaire régulier	Partenaire occasionel	Pas de partenaire	Partenaire régulier	Partenaire occasionel	Pas de Partenaire	ND	Total	Effectif
Groupe d'âge									
15-19	20,8	6,2	64,9	3,0	1,4	3,6	0,2	100,0	1 119
20-24	30,6	9,0	27,9	15,1	3,0	14,3	0,1	100,0	503
25-29	21,4	4,6	22,0	23,2	7,7	21,1	0,0	100,0	310
30-34	11,3	2,2	16,5	27,6	6,6	35,8	0,0	100,0	207
35-39	10,0	4,8	8,4	26,0	12,7	38,1	0,0	100,0	205
40-44	0,7	1,3	8,9	16,8	15,2	56,1	1,0	100,0	147
45-49	2,4	0,4	1,8	14,7	4,6	76,1	0,0	100,0	135
Milieu de résidence									
Capitale	26,9	2,0	54,8	6,1	0,5	9,6	0,2	100,0	300
Autres villes	21,5	6,5	36,2	13,8	4,5	17,5	0,0	100,0	555
Ensemble urbain	23,4	4,9	42,7	11,1	3,1	14,7	0,1	100,0	855
Rural	17,0	5,8	35,9	13,6	5,4	21,9	0,2	100,0	1 771
Province (Faritany)									
Antananarivo	15,5	1,8	58,3	7,3	1,5	15,2	0,4	100,0	906
Fianarantsoa	17,0	5,3	27,7	17,5	3,4	28,9	0,2	100,0	540
Toamasina	29,1	9,9	28,0	12,7	4,4	15,9	0,0	100,0	405
Mahajanga	13,9	4,4	28,8	19,0	9,3	24,7	0,0	100,0	287
Toliary	23,9	11,4	22,5	14,9	10,9	16,3	0,0	100,0	277
Antsiranana	21,4	7,6	31,2	13,4	7,7	18,8	0,0	100,0	211
Niveau d'instruction									
Aucun	13,2	6,8	27,2	14,5	9,1	28,9	0,3	100,0	433
Primaire	17,0	6,7	37,0	12,7	4,5	21,9	0,2	100,0	1 387
Secondaire ou supérieur	25,8	3,0	46,0	12,1	2,6	10,5	0,1	100,0	805
Ensemble	19,1	5,5	38,2	12,8	4,7	19,6	0,2	100,0	2 625

5.2 POLYGAMIE

Parmi les femmes en union, on a distingué celles qui vivent en union monogame de celles qui ont déclaré que leur mari ou conjoint avait une ou plusieurs autres épouses (union polygame). La polygamie est très peu répandue dans le pays, elle ne concerne que 4 % des femmes. Le tableau 5.3 et le graphique 5.3 présentent la proportion de femmes en union polygame selon l'âge et certaines caractéristiques socio-démographiques.

La polygamie touche plus les femmes qui vivent en milieu rural (plus de 4 %) que celles qui vivent en milieu urbain (3 %). En milieu urbain, la proportion des femmes qui sont en union polygame est particulièrement faible dans la capitale (2 %).

Cet indice varie aussi selon la province. S'il est faible dans les provinces d'Antananarivo (1 %), de Toamasina (2 %) et d'Antsiranana (2 %), il est par contre plus important dans les autres provinces, notamment à Toliary (plus de 9 %) et à Fianarantsoa (7 %).

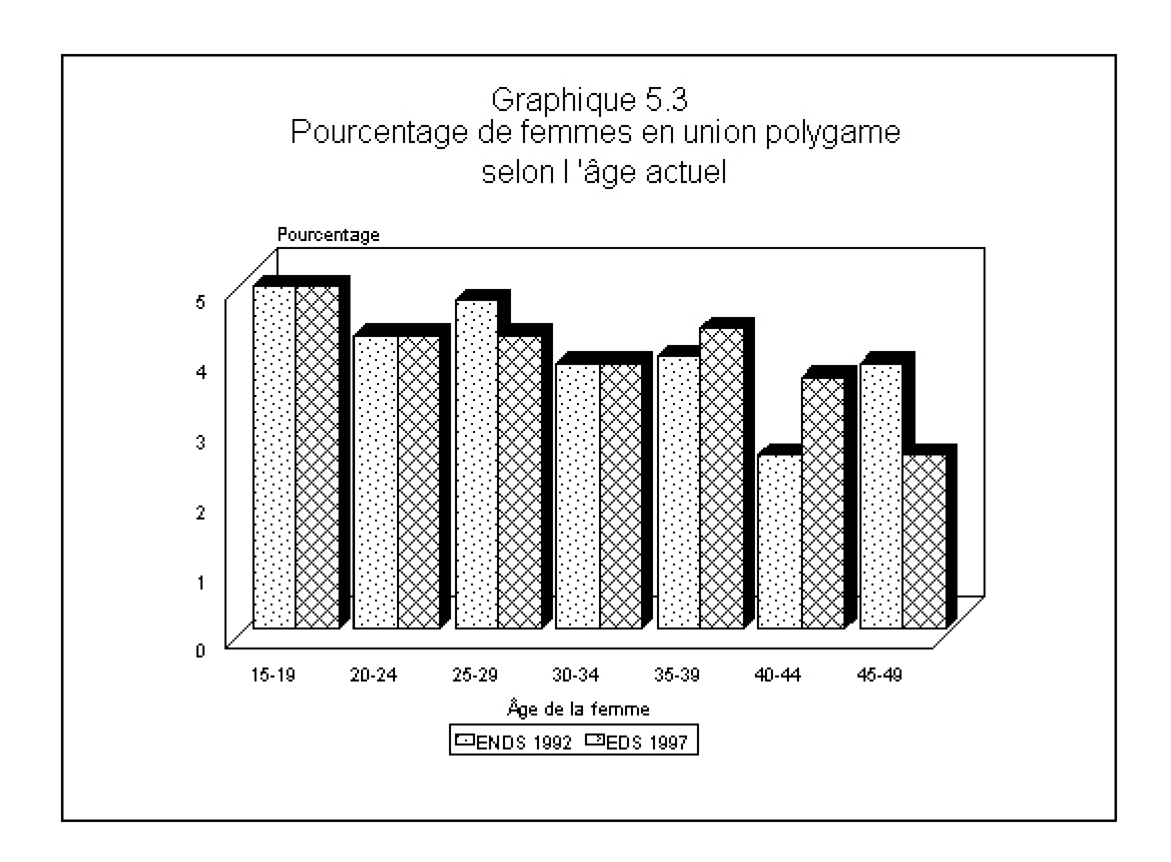
La proportion de femmes en union polygame varie selon le niveau d'instruction. Bien que faible, elle est plus importante chez les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction (plus de 6 %) que chez les femmes qui ont un niveau primaire ou plus (3 %).

La polygamie semble augmenter dans les jeunes générations. Ceci provient en fait de la multiplication des veuvages et divorces avec l'âge. Enfin, on remarque que par rapport à l'enquête de 1992, les proportions de polygames n'ont guère varié.

Tableau 5.3 Polygamie

Parmi les femmes actuellement en union, pourcentage de celles en union polygame, par âge et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Groupe d'âges							
Caractéristique	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Ensemble
Milieu de résidence								
Capitale	0,0	3,0	1,5	2,1	0,9	2,0	1,4	1,8
Autres villes	3,2	3,7	1,3	3,5	6,5	4,9	3,6	3,7
Ensemble urbain	2,7	3,5	1,4	3,1	4,6	4,0	2,7	3,1
Rural	5,4	4,3	5,2	4,1	4,2	3,4	2,4	4,3
Province (Faritany)								
Antananarivo	1,8	1,2	1,3	1,1	0,2	2,2	1,4	1,2
Fianarantsoa	4,4	7,7	7,0	6,9	6,5	7,7	7,3	6,8
Toamasina	5,2	1,0	2,0	1,2	4,9	1,3	0,0	2,1
Mahajanga	8,0	5,2	3,4	3,1	4,0	6,1	3,3	4,6
Toliary	8,1	8,8	11,5	11,2	13,9	4,4	2,2	9,4
Antsiranana	0,0	3,0	1,2	1,3	1,4	0,0	3,6	1,5
Niveau instruction								
Aucun	6,3	7,1	9,1	7,3	7,7	4,7	1,7	6,6
Primaire	4,8	4,0	3,1	2,9	3,3	2,3	2,7	3,3
Secondaire ou supérieur	1,9	2,1	3,1	2,7	2,7	6,3	3,8	3,0
Ensemble	4,9	4,2	4,2	3,8	4,3	3,6	2,5	4,0



Le tableau 5.4 présente la proportion de femmes actuellement en union par nombre de coépouses selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Parmi les femmes, 4 % appartiennent à un ménage polygame, ce qui représente au niveau de l'échantillon, moins de 200 personnes. La majorité d'entre elles déclarent avoir plus d'une coépouse. Le nombre de coépouses étant lié à la richesse du chef de ménage et donc souvent à son âge, on est tenté de supposer que cette pratique est surtout l'affaire des hommes âgés et qu'elle tend à s'estomper chez les plus jeunes. Dans un ménage polygame, plus une femmes est jeune et plus elle aura tendance à avoir 2 coépouses ou plus. Les ménages polygames de grande taille sont plus fréquents en milieu rural et, à l'inverse, ceux qui ne comptent que deux femmes sont plus répandus en ville et dans la capitale.

Les provinces de Toliary et de Fianarantsoa, ou la polygamie est plus répandue qu'ailleurs sont aussi les provinces où les ménages polygames de grande taille sont les plus fréquents.

La cohabitation avec plus de deux coépouses ou plus, semble difficilement compatible avec un niveau d'instruction élevé de la femme. Ainsi, seulement 2 % des femmes de niveau secondaire ou supérieur appartiennent à ce type de ménage, pour une moyenne nationale de 3 %.

Tableau 5.4 Nombre et de co-épouses

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par nombre de co-épouses, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Pas de co-épouse	Nombre de co-épouses: 1	2 ou+	NSP/ ND	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-19	95,1	0,0	4,3	0,6	100,0	434
20-24	95,8	0,7	2,5	0,9	100,0	822
25-29	95,8	0,5	3,2	0,5	100,0	886
30-34	96,2	0,5	2,5	0,8	100,0	806
35-39	95,7	0,4	3,2	0,6	100,0	639
40-44	96,4	0,2	3,0	0,4	100,0	506
45-49	97,5	0,7	1,1	0,8	100,0	343
Milieu de résidence						
Capitale	98,2	1,2	0,0	0,6	100,0	336
Autres villes	96,3	0,5	2,3	0,8	100,0	796
Ensemble urbain	96,9	0,7	1,6	0,7	100,0	1 132
Rural	95,7	0,4	3,3	0,6	100,0	3 302
Province (Faritany)						
Antananarivo	98,8	0,3	0,3	0,6	100,0	1 481
Fianarantsoa	93,2	1,3	4,9	0,6	100,0	893
Toamasina	97,9	0,0	0,6	1,5	100,0	602
Mahajanga	95,4	0,3	3,6	0,7	100,0	564
Toliary	90,6	0,2	9,0	0,2	100,0	599
Antsiranana	98,5	0,6	0,6	0,2	100,0	295
Niveau instruction						
Aucun	93,4	0,4	5,8	0,4	100,0	1 066
Primaire	96,7	0,5	2,0	0,8	100,0	2 275
Secondaire ou supérieur	97,0	0,5	1,9	0,6	100,0	1 093
Ensemble	96,0	0,5	2,9	0,7	100,0	4 435

5.3 ÂGE À LA PREMIÈRE UNION ET ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

5.3.1 Âge à la première union

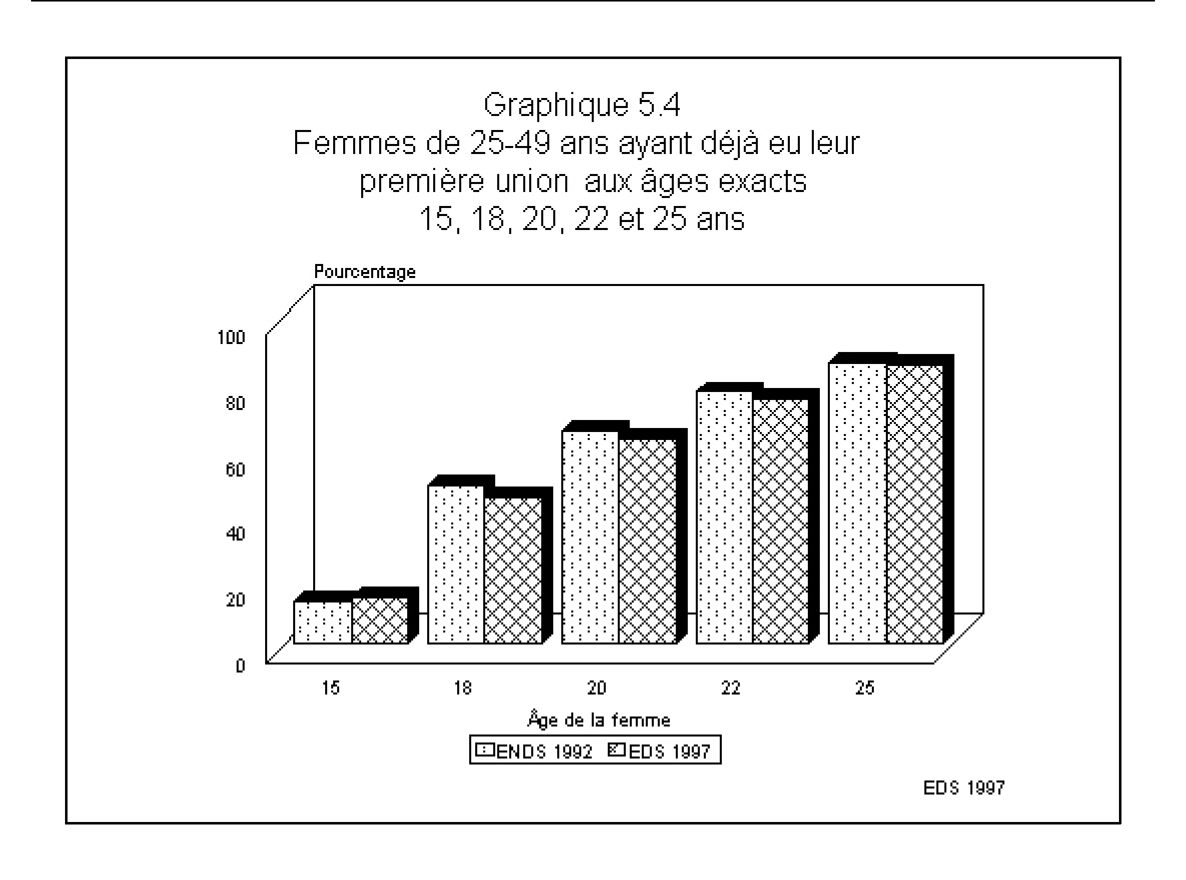
Compte tenu de la relation généralement observée entre l'âge à la première union (primo-nuptialité) et le début de la vie féconde, il est important d'étudier le calendrier de la primo-nuptialité. L'âge médian à la première union semble augmenter dans les générations récentes, passant de 17,8 ans chez les femmes du groupe d'âges 45-49 ans à 18,8 ans chez celles de 20-24 ans (tableau 5.5 et graphique 5.4). En revanche, par rapport à l'enquête de 1992, dans les générations les plus jeunes, la proportion de femmes en union dès l'âge de 15 ans semble être plus élevée en 1997. Elle est, respectivement, de 12 % et 13 % pour les groupes d'âges 15-19 et 20-24 ans, alors qu'elle n'était que de 8 % (à 15-19 ans et 20-24 ans) en 1992. Cette intensification des entrées en union très précoces n'influe cependant pas l'âge médian d'entrée en union des femmes de 20-49 ans qui, de 18,5 ans en 1992, passe à 18,6 ans en 1997.

Tableau 5.5 Âge à la première union

Pourcentage de femmes qui étaient déjà en première union aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, et âge médian à la première union, par âge actuel, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Pourcentage déjà en première union à l'âge exact de :					Pour-centage jamais en union	Effectif	Âge médian à la 1ere union
	15	18	20	22	25			
15-19	11,5	na	na	na	na	66,3	1 553	a
20-24	12,5	40,4	61,5	na	na	25,7	1 325	18,8
25-29	13,5	40,3	59,4	70,3	82,9	12,4	1 196	18,9
30-34	13,9	40,4	57,9	73,3	84,4	6,1	1 012	19,0
35-39	13,1	47,3	64,9	76,8	84,9	5,6	844	18,2
40-44	15,1	49,5	63,4	75,7	85,8	2,4	652	18,1
45-49	16,1	51,6	71,2	82,7	89,2	1,3	477	17,8
20-49	13,7	43,5	62,0	73,7	82,3	11,3	5 507	18,6
25-49	14,1	44,4	62,1	74,6	84,8	6,7	4 182	18,5

na = Non applicable
[a] Non calculé parce que moins de 50 % des femmes du groupe d'âges x, x+4 sont en union à l'âge x.



Le calendrier de la primo-nuptialité présente de fortes variations selon le milieu de résidence, les provinces et le niveau d'instruction. Comme l'indique le tableau 5.6, l'âge médian à la première union pour les femmes de 25-49 ans est beaucoup plus élevé dans la capitale (22,3 ans), que dans les autres villes (19,5 ans) et les zones rurales (18,0 ans). Toutefois, quel que soit le milieu de résidence, on note un vieillissement de l'âge d'entrée en première union: dans la capitale, l'âge médian passe de 21,6 ans chez les femmes de 45-49 ans à 23,0 ans chez celles de 25-29 ans et la majorité de celles de 20-24 ans ne sont pas encore entrées en union; en milieu rural, l'âge médian passe de 17,4 ans chez celles de 45-49 ans à 18,5 ans chez celles de 20-24 ans.

Plus le niveau d'instruction est faible, plus l'âge d'entrée en première union est précoce. C'est ainsi que parmi les femmes de 25-49 ans sans instruction, l'âge médian d'entrée en union est de 16,3 ans, soit près de 2 années plus jeunes que celles de niveau d'instruction primaire (18 ans), et 5 ans plutôt que celles ayant un niveau secondaire ou plus (21,5 ans).

Notons enfin que l'âge d'entrée en première union est particulièrement précoce dans les provinces de Toliary (16,7 ans) et de Mahajanga (16,9 ans).

Tableau 5.6 Âge médian à la première union

Âge médian à la première union des femmes de 20-49 ans, par âge actuel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Groupe d'âges 20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Femmes de 20-49 ans	Hommes de 25-49 ans
Milieu de résidence								
Capitale	a	23,0	23,6	21,4	21,6	21,6	a	22,3
Autres villes	18,9	20,3	19,1	19,3	20,0	18,3	19,4	19,5
Ensemble urbain	a	20,8	20,1	19,8	20,4	19,1	a	20,2
Rural	18,5	18,3	18,6	17,8	17,2	17,4	18,1	18,0
Province (Faritany)								
Antananarivo	a	20,3	20,3	18,6	18,9	18,5	19,7	19,5
Fianarantsoa	18,1	18,1	18,2	18,5	17,5	17,1	18,1	18,1
Toamasina	20,0	20,8	20,1	18,7	18,8	18,1	19,6	19,4
Mahajanga	17,8	17,3	17,5	16,8	16,1	16,3	17,2	16,9
Toliary	17,2	17,6	16,4	15,9	16,3	16,5	16,9	16,7
Antsiranana	17,9	17,9	19,3	18,3	17,1	17,1	18,0	18,1
Niveau instruction								
Aucun	16,8	16,1	16,3	16,5	16,3	16,4	16,4	16,3
Primaire	18,7	18,4	18,3	17,7	17,7	17,7	18,2	18,0
Secondaire ou supérieur	a	21,4	21,1	22,1	22,3	21,5	a	21,5
Ensemble des femmes	18,8	18,9	19,0	18,2	18,1	17,8	18,6	18,5

Note : L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes de 15-19 ans parce que certaines d'entre elles peuvent encore entrer en union avant d'atteindre 20 ans.
[a] Non calculé parce que moins de 50 % des femmes du groupe d'âges x, x+4 sont en union à l'âge x.

5.3.2 Âge aux premiers rapports sexuels

La procréation n'a pas toujours lieu dans le cadre de l'union, et, en tant que déterminant de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union. On a donc demandé aux femmes l'âge auquel elles ont eu, pour la première fois, des rapports sexuels. Au tableau 5.7, figurent les proportions de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à différents âges. En atteignant 15 ans, une femme de 25-49 ans sur cinq (20 %) a déjà eu des rapports sexuels, cette proportion passe à 63 % à 18 ans, et la quasi-totalité des femmes de 25-49 ans (93 %) ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 25 ans. Chez les femmes de 25-49 ans, l'âge médian aux premiers rapports sexuels, estimé à 16,9 ans, est inférieur de 1,6 année à l'âge médian à la première union. Ce qui signifie que certaines femmes ont eu leurs premiers rapports sexuels alors qu'elles étaient encore célibataires. Si l'âge médian aux premiers rapports sexuels tend à augmenter des générations anciennes au plus jeunes (16,8 ans pour les 45-49 ans; 17,1 ans pour les 20-24 ans), il augmente cependant plus lentement que l'âge moyen à la première union de sorte que la période d'exposition au risque de conception hors union passe de 1 an (femme de 45-49 ans) à 1,8 ans (femmes de 25-29 ans). On retiendra que 13,7 % des femmes de 20-49 ans sont en union à 15 ans et que 19,5 % d'entre elles ont déjà eu des rapports sexuels.

Tableau 5.7 Âge des femmes aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels et âge médian aux premiers rapports sexuels, par âge actuel, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à l'âge exact 15	18	20	22	25	Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux 1[ers] rapports sexuels
15-19	19,4	na	na	na	na	43,5	1 553	a
20-24	19,4	64,2	84,0	na	na	8,3	1 325	a
25-29	19,1	60,9	81,1	90,0	93,5	3,1	1 196	17,1
30-34	20,1	58,8	76,3	86,0	91,3	1,4	1 012	17,1
35-39	17,6	66,6	81,8	89,9	93,0	0,8	844	16,7
40-44	21,4	67,3	81,7	89,2	93,3	1,1	652	16,6
45-49	20,8	65,1	80,5	88,2	91,9	0,5	477	16,8
20-49	19,5	63,3	81,0	88,6	91,9	3,2	5 507	16,9
25-49	19,6	63,0	80,1	88,7	92,7	1,6	4 182	16,9

na = Non applicable
[a] Non calculé parce que moins de 50 % des femmes du groupe d'âges x, x+4 ont eu des rapports sexuels à l'âge x.

Le tableau 5.8 indique que les femmes ayant les rapports sexuels les plus précoces sont celles du milieu rural (âge médian de 16,6 ans pour les femmes de 20-49 ans à l'enquête), suivies de celles des autres villes (17,5 ans) et de la capitale (19,4 ans). Les femmes sans instruction ont également eu les premiers rapports sexuels plus précocement que celles qui sont instruites (âge médian estimé à 15,6 ans chez les femmes sans instruction contre 18,6 ans chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus). Les variations de l'âge aux premiers rapports sexuels sont, toutefois, moins importantes que celles de l'âge au premier mariage. En d'autres termes, l'augmentation de l'âge au premier mariage n'est pas nécessairement suivie par une hausse aussi importante de l'âge aux premiers rapports sexuels. Par conséquent, le risque

Tableau 5.8 Âge médian aux première rapports sexuels							
Âge médian aux premières rapports sexuels des femmes de 20-49 ans, par âge actuel et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997							
	Groupe d'âges						Femmes de 20-49 ans
Caractéristique	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence							
Capitale	19,3	19,3	19,8	18,6	19,3	19,5	19,4
Autres villes	17,2	18,1	17,5	17,1	17,7	17,2	17,5
Ensemble urbain	17,9	18,3	18,2	17,6	18,2	18,0	18,1
Rural	16,7	16,6	16,8	16,5	16,0	16,5	16,6
Province (Faritany)							
Antananarivo	18,4	18,6	18,7	17,5	17,7	17,7	18,3
Fianarantsoa	16,8	16,6	16,4	16,8	16,2	16,6	16,6
Toamasina	17,0	17,6	17,8	16,9	17,2	17,3	17,3
Mahajanga	16,1	16,0	15,8	16,1	15,8	15,9	16,0
Toliary	15,6	15,4	15,4	15,5	15,3	15,3	15,4
Antsiranana	16,2	16,0	16,4	16,0	15,9	16,0	16,1
Niveau instruction							
Aucun	15,6	15,2	15,4	15,7	15,5	16,0	15,6
Primaire	16,9	16,8	16,7	16,6	16,5	16,6	16,7
Secondaire ou supérieur	18,1	18,5	18,7	18,6	19,8	19,4	18,6
Ensemble des femmes	17,0	17,1	17,1	16,7	16,6	16,8	16,9

d'exposition à une grossesse prénuptiale augmente chez les adolescentes, surtout chez les plus scolarisées et chez celles qui résident en milieu urbain, qui sont celles qui entrent en union le plus tard. En l'absence d'utilisation des méthodes de contraception, on pourrait assister à une augmentation de la fécondité des adolescentes célibataires qui atteignait déjà un niveau important au moment de l'enquête.

5.4 ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE

Le tableau 5.9 donne la répartition des femmes par certaines caractéristiques socio-démographiques selon l'activité sexuelle.

Dans l'ensemble, sur les 7 060 femmes enquêtées, 88 % ont eu des rapports sexuels.

La proportion de femmes selon l'activité sexuelle varie selon l'âge, selon le niveau d'instruction et selon le milieu de résidence.

Les femmes débutent leur activité sexuelle de manière précoce. Parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans, plus de 56 % ont déjà eu des rapports sexuels. Cette proportion croît avec l'âge pour atteindre près de 100 % à 45-49 ans.

La proportion des femmes qui ont eu des rapports sexuels est plus importante chez celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (94 %) que chez celles qui ont un niveau primaire (88 %) et que chez celles qui ont un niveau secondaire et/ou supérieur (83 %).

Par rapport aux femmes du milieu urbain, celles vivant en milieu rural ont déclaré avoir eu une activité sexuelle plus fréquente que celles qui vivent en milieu urbain (84 % contre 90 %). En milieu urbain, la proportion des femmes qui ont eu des rapports sexuels est plus faible dans la capitale (76 %) que dans les autres villes (87 %).

Dans la Province d'Antananarivo, le pourcentage de femmes qui ont eu des rapports sexuels est relativement faible (80 %). Dans les autres provinces, il dépasse 90 %.

Tableau 5.9 Activité sexuelle des femmes

Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont déjà eu ou non des rapports sexuels et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Jamais eu rapports sexuels	Ont eu rapports sexuels	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges				
15-19	43,5	56,5	100,0	153
20-24	8,3	91,7	100,0	1 325
25-29	3,1	96,9	100,0	1 197
30-34	1,4	98,6	100,0	1 011
35-39	0,8	99,2	100,0	844
40-44	1,1	98,9	100,0	652
45-49	0,4	99,6	100,0	478
Milieu de résidence				
Capitale	23,6	76,4	100,0	635
Autres villes	13,1	86,9	100,0	1 351
Ensemble urbain	16,5	83,5	100,0	1 987
Rural	10,4	89,6	100,0	5 073
Province (Faritany)				
Antananarivo	20,1	79,9	100,0	2 388
Fianarantsoa	8,9	91,1	100,0	1 429
Toamasina	8,9	91,1	100,0	1 008
Mahajanga	7,3	92,7	100,0	853
Toliary	5,3	94,7	100,0	875
Antsiranana	9,9	90,1	100,0	507
Niveau instruction				
Aucun	6,2	93,8	100,0	1 494
Primaire	11,7	88,3	100,0	3 666
Secondaire ou supérieur	17,3	82,7	100,0	1 898
Ensemble des femmes	12,1	87,9	100,0	7 060

En l'absence de l'utilisation de la contraception, la fréquence des rapports sexuels joue un rôle déterminant sur l'exposition au risque de grossesse. Le tableau 5.10 porte sur l'activité sexuelle des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels avant l'enquête (88 % des enquêtées). Parmi ces femmes, un peu plus des deux tiers (68 %) sont considérées comme sexuellement actives au moment de l'enquête: elles ont déclaré avoir eu au moins une fois des rapports sexuels durant les quatre semaines ayant précédé l'interview. Les femmes sexuellement inactives sont considérées comme étant en abstinence, soit à la suite d'une naissance-abstinence post-partum-(11 %), soit pour d'autres raisons (20 %). Quelle que soit la raison de l'abstinence, elle dure depuis moins de 2 ans pour la majorité des femmes. La proportion des femmes sexuellement actives augmente avec l'âge de la femme, passant de 61 % à 15-19 ans à 72 % à 35-39 ans. À partir de 40 ans, on observe toutefois une baisse de l'activité sexuelle qui passe à 61 % à 45-49 ans. Les caractéristiques socio-économiques ne semblent pas influencer l'activité sexuelle des femmes. Chez les femmes instruites comme chez celles n'ayant aucune instruction, la proportion de celles qui sont sexuellement actives est supérieure aux deux tiers.

Il est intéressant de souligner que le mariage ne demeure pas le cadre exclusif de l'activité sexuelle. Parmi les femmes non mariées au moment de l'enquête, un peu plus d'un tiers (39 %) ont eu, en effet, des rapports sexuels dans les quatre semaines ayant précédé l'enquête.

L'activité sexuelle est associée à l'utilisation actuelle de la contraception: les femmes utilisatrices, en particulier celles pratiquant des méthodes modernes, sont celles qui ont été les plus sexuellement actives dans les quatre semaines ayant précédé l'enquête. Si seulement 65 % de celles n'utilisant aucune méthode étaient sexuellement actives au moment de l'enquête, cette proportion atteint 94 % chez les utilisatrices de la pilule et 92 % chez les utilisatrices du DIU.

Tableau 5.10 Activité sexuelle récente des femmes

Répartition (en %) des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels selon l'activité sexuelle récente selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Sexuellement active dans les 4 dernières semaines	Non sexuellement active dans les 4 dernières semaines: En abstinence (post-partum) 0-1 an	En abstinence (post-partum) 2 ans ou +	En abstinence (non-post-partum) 0-1 an	En abstinence (non-post-partum) 2 ans ou +	ND	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges								
15-19	60,5	16,1	0,6	21,1	0,7	1,0	100,0	877
20-24	67,7	13,4	1,2	15,3	1,0	1,4	100,0	1 215
25-29	71,4	10,0	1,7	12,9	2,2	1,7	100,0	1 160
30-34	71,1	9,3	1,1	14,1	3,3	1,0	100,0	997
35-39	71,6	7,9	0,6	12,3	6,8	0,8	100,0	837
40-44	70,2	4,5	0,8	15,2	7,8	1,6	100,0	645
45-49	61,1	1,1	0,4	20,2	15,3	1,9	100,0	473
Durée de mariage (en années)								
Jamais mariée	39,4	14,9	2,1	36,9	5,4	1,3	100,0	799
0-4	71,6	14,0	0,8	10,8	0,8	1,9	100,0	1 219
5-9	76,3	9,1	0,9	10,7	1,7	1,3	100,0	1 110
10-14	73,8	9,2	0,8	11,6	3,6	1,0	100,0	961
15-19	75,4	8,0	0,8	10,7	3,9	1,2	100,0	763
20-24	69,0	7,8	0,6	14,4	6,8	1,4	100,0	658
25-29	68,7	4,3	1,1	15,8	9,1	1,1	100,0	463
30 ou plus	60,1	0,4	0,4	21,9	16,3	0,9	100,0	233
Milieu de résidence								
Capitale	71,8	2,1	0,2	19,6	5,8	0,6	100,0	485
Autres villes	67,5	7,8	0,4	19,1	3,9	1,3	100,0	1 174
Ensemble urbain	68,7	6,1	0,4	19,3	4,5	1,1	100,0	1 660
Rural	68,0	11,3	1,2	14,1	4,0	1,5	100,0	4 545
Province (Faritany)								
Antananarivo	73,5	4,9	0,4	14,8	5,5	1,0	100,0	1 907
Fianarantsoa	61,9	13,3	2,3	16,1	4,4	2,1	100,0	1 302
Toamasina	64,8	12,6	0,9	16,7	4,0	1,0	100,0	918
Mahajanga	65,7	13,5	1,1	15,5	3,2	0,9	100,0	791
Toliary	71,5	9,0	0,8	14,2	2,2	2,2	100,0	829
Antsiranana	68,9	10,5	0,2	16,2	3,5	0,7	100,0	457
Niveau instruction								
Aucun	67,9	12,0	0,9	13,0	4,2	2,1	100,0	1 397
Primaire	67,8	11,0	1,1	14,5	4,3	1,4	100,0	3 238
Secondaire ou supérieur	69,2	5,7	0,8	19,7	3,9	0,7	100,0	1 570
Méthode contraceptive utilisée								
Aucune	65,0	1,8	1,2	15,7	4,9	1,5	100,0	5 076
Pilule	93,9	0,8	0,0	5,3	0,0	0,0	100,0	132
DIU	91,7	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	100,0	24
Stérilisation	85,7	0,0	0,0	12,2	2,0	0,0	100,0	49
Continence périodique	76,7	1,5	0,6	19,2	1,1	0,9	100,0	527
Autre	86,2	0,8	0,3	12,5	0,0	0,3	100,0	399
Ensemble des femmes	68,2	9,9	1,0	15,5	4,1	1,3	100,0	6 213

5.5 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Après la naissance d'un enfant, l'exposition au risque de grossesse dépend de différents facteurs tels que la longueur de l'intervalle séparant la naissance de l'enfant et le retour de l'ovulation (aménorrhée post-partum), et la longueur de l'intervalle pendant lequel la femme s'abstient de rapports sexuels (abstinence post-partum). La durée de l'aménorrhée post-partum peut elle-même varier en fonction de la fréquence et de l'intensité de l'allaitement. La combinaison de ces facteurs permet d'identifier les femmes non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse et d'évaluer la durée de non-susceptibilité qui se définit comme la période pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grossesse par suite d'aménorrhée et/ou d'abstinence post-partum. Une femme est, en effet, considérée comme non-susceptible d'être exposée au risque de grossesse quand elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance, ou quand elle est en aménorrhée post-partum.

Les données du tableau 5.11 concernent les naissances des trois dernières années dont les mères sont encore en aménorrhée ou en abstinence post-partum et donc non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance. Cette distribution de la proportion de naissance selon le mois écoulé depuis la naissance est analogue à la série des survivants (S_x) d'une table de mortalité. Figurent également au tableau 5.11 les durées médianes et moyennes de l'aménorrhée, de l'abstinence et de la non-susceptibilité, ainsi que la moyenne "prévalence/incidence".[2]

Tableau 5.11 Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en insusceptibilité post-partum, par nombre de mois écoulés depuis la naissance, et durées médianes et moyennes, EDS Madagascar 1997

Nombre de mois depuis la naissance	Pourcentage de naissances dont les mères sont en: Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Insusceptibilité post-partum	Effectif de naissances
< 2	95,6	85,8	98,6	188
2-3	86,5	57,6	89,8	272
4-5	81,3	37,8	83,7	236
6-7	68,7	26,6	72,9	211
8-9	61,2	17,0	64,5	228
10-11	57,1	15,6	59,9	208
12-13	38,3	13,5	43,1	248
14-15	36,1	13,2	42,4	201
16-17	21,0	9,2	25,4	269
18-19	17,3	11,1	24,2	229
20-21	18,0	6,2	21,6	208
22-23	6,0	4,7	10,0	164
24-25	6,8	6,7	11,6	233
26-27	5,2	3,7	7,8	237
28-29	3,8	4,5	6,5	199
30-31	4,9	5,7	9,9	174
32-33	2,6	5,2	7,1	193
34-35	3,1	1,6	3,9	157
Ensemble	35,7	18,7	39,6	3 856
Médiane	10,9	3,5	12,0	-
Moyenne	12,5	6,8	13,9	-
Prévalence/incidence	12,7	6,6	14,0	-

[2] La moyenne "prévalence/incidence" est calculée, pour l'aménorrhée par exemple, en divisant le nombre d'enfants dont les mères sont encore en aménorrhée au moment de l'enquête (prévalence) par le nombre moyen de naissances par mois (incidence), estimé à partir des naissances d'une période de 36 mois pour éviter les problèmes de saisonnalité et d'erreurs possibles de période de référence. On notera que cette technique aboutit à des résultats très voisins du calcul direct de la moyenne.

Plus des deux tiers des femmes (69 %) restent en aménorrhée pendant, au moins, 7 mois. Au-delà de 19 mois, la proportion de femmes dont les règles n'ont pas encore repris, est estimée à 18 %. La durée médiane de l'aménorrhée post-partum est de 10,9 mois, et sa valeur moyenne se situe à 12,5 mois. La durée, l'intensité et la fréquence de l'allaitement qui agissent sur le retour de l'ovulation expliquent, en partie, ces durées relativement longues.

Traditionnellement, l'abstinence post-partum est largement pratiquée à Madagascar mais sur une courte durée. Près des deux tiers des femmes (62 %) reprennent les rapports sexuels durant les 5 mois qui suivent la naissance de l'enfant. La durée moyenne d'abstinence post-partum est estimée à 6,8 mois. L'aménorrhée post-partum, qui est liée à l'allaitement, explique donc l'essentiel de l'infécondité post-partum.

Le tableau 5.11 fournit également la proportion de naissances dont les mères sont considérées comme non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance du dernier enfant. Près de deux femmes sur trois (65 %) sont en période de non-susceptibilité pendant, au moins, 9 mois après la naissance d'un enfant, et ce n'est qu'après une période de 11 mois que cette proportion passe en dessous de 50 %. La durée médiane de la période de non-susceptibilité est de 12 mois et sa moyenne s'établit à 13,9 mois.

La durée médiane d'aménorrhée post-partum (tableau 5.12) est beaucoup plus courte chez les femmes urbaines (8 mois) que chez celles du milieu rural (11,7 mois): les écarts importants dans les durées d'allaitement (voir Chapitre 10 - Allaitement, nutrition et état nutritionnel) en sont certainement la cause. Du point de vue de l'abstinence post-partum, la durée médiane passe de 1,3 mois dans la capitale à 3,1 mois dans les autres villes et à 3,7 mois en milieu rural. La durée de non-susceptibilité varie de 5,2 mois dans la capitale à 9,5 dans les autres villes et à 12,7 en milieu rural. Ces différences reflètent surtout les variations de l'aménorrhée post-partum.

Tableau 5.12 Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum

Durées médianes (en mois) d'aménorrhée, d'abstinence et d'insusceptibilité post-partum, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Insusceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Groupe d'âges				
< 30	10,9	3,4	12,3	2 498
30 ou plus	11,0	3,7	11,5	1 358
Milieu de résidence				
Capitale	4,4	1,3	5,2	157
Autres villes	8,8	3,1	9,5	609
Ensemble urbain	8,0	2,6	8,4	766
Rural	11,7	3,7	12,7	3 089
Province (Faritany)				
Antananarivo	8,9	1,2	9,4	1 133
Fianarantsoa	13,1	4,1	13,6	912
Toamasina	13,1	5,4	14,2	527
Mahajanga	12,3	5,1	13,3	531
Toliary	9,6	3,2	10,0	513
Antsiranana	8,3	5,8	10,0	240
Niveau instruction				
Aucun	12,8	4,5	14,6	895
Primaire	11,5	3,5	12,7	2 152
Secondaire ou supérieur	8,0	2,8	8,7	808
Ensemble des femmes	10,9	3,5	12,0	3 856

S'agissant du niveau d'instruction des femmes, la durée d'aménorrhée post-partum est d'autant plus courte que le niveau d'instruction est élevé (8 mois chez les femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus contre 12,8 mois chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction). Il en va de même pour la durée de l'allaitement (voir Chapitre 10 - Allaitement, nutrition et état nutritionnel). Par conséquent, les femmes sans instruction présentent une durée de non-susceptibilité plus importante (14,6 mois) que celles qui ont un niveau d'instruction primaire (12,7 mois) et secondaire ou plus (8,7 mois).

Le tableau 5.13 présente trois indicateurs rendant compte de la fin d'exposition au risque de grossesse pour les femmes de 30 ans et plus.

Le premier indicateur est la proportion de femmes en ménopause. Il concerne 10 % des femmes de 30-49 ans. Le deuxième concerne les femmes qui sont considérées comme définitivement infécondes. Il représente 30 % des femmes de 30-49 ans. Le troisième (0,3 %) est la proportion de femmes mariées de 30-49 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des trois dernières années. La ménopause n'atteint que 50 % des femmes de 48-49 ans, et à 46-47 ans elle ne concerne que 25 % des femmes. Ainsi, la ménopause surviendrait tardivement chez les malgaches. L'infécondité définitive concerne 32 % des femmes dès 40-41 ans, proportion qui augmente très rapidement pour atteindre 68 % des femmes de 48-49 ans. Parmi ces dernières, il est possible que certaines aient refusé de déclarer être en ménopause. L'absence prolongée de rapports sexuels est rare (moins de 1 %).

Tableau 5.13 Fin d'exposition au risque de grossesse

Pourcentage de femmes de 30-49 ans actuellement en union qui sont en ménopause, en infécondabilité définitive et en abstinence de longue durée par âge, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Ménopause[1]	Infécondabilité définitive[2]	Abstinence prolongée[3]
30-34	2,3	14,3	0,0
35-39	3,8	17,8	0,2
40-41	7,9	32,4	0,0
42-43	12,9	33,1	0,3
44-45	15,9	56,8	0,0
46-47	25,0	64,8	1,5
48-49	50,0	68,3	2,0
Femmes de 30-49 ans	10,4	29,5	0,3

[1] Pourcentage de femmes actuellement en union, ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum et dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause;
[2] Pourcentage de femmes continuellement en union, qui n'ont pas utilisé la contraception, qui n'ont pas eu de naissance durant les cinq années précédant l'enquête et qui ne sont pas enceintes;
[3] Pourcentage de femmes actuellement en union qui n'ont pas eu de rapports sexuels durant les trois années précédant l'enquête.

CHAPITRE 6

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Jean Harvel Randriamanjakasoa et Victor Rabeza

L'objectif du chapitre est d'évaluer les tendances futures de la fécondité, ainsi que les besoins futurs en matière de contraception aussi bien pour espacer que pour limiter les naissances. Mieux connaître l'opinion des femmes vis-à-vis de la taille idéale de la famille constitue un autre objectif de ce chapitre. Ces femmes ont été interrogées sur le désir ou non d'avoir des enfants supplémentaires, sur l'espacement souhaité avant la prochaine naissance ainsi que sur le nombre total d'enfants qu'elles désirent dans leur vie.

Il est certain que les questions relatives aux attitudes en matière de fécondité restent relativement délicates dans la mesure où beaucoup de facteurs influent sur les réponses des femmes : les réponses des femmes en début d'union sont liées à des idéaux et à des objectifs à moyen ou long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Pour les femmes en fin de période de procréation, les réponses sont influencées immanquablement par leur histoire génésique : les femmes ont, par exemple, tendance à déclarer désirer tous leurs enfants vivants même ceux qui résultent de grossesse non désirée à l'époque.

En fin de compte, les femmes ont pu fournir des réponses quantitatives qui peuvent avoir une valeur prédictive de la fécondité et des besoins en matière de planification familiale.

6.1 DÉSIR D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES

Le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans un avenir plus ou moins proche est généralement lié au nombre d'enfants en vie actuellement. Le tableau 6.1 montre que 37 % des femmes ne veulent plus d'enfants, 32 % voudraient espacer la prochaine naissance de 2 ans ou plus et seulement 21 % voudraient un (autre) enfant rapidement (avant deux ans). Au total, 69 % des femmes en union, celles ne voulant plus d'enfants (37 %) plus celles désirant espacer la prochaine naissance (32 %) d'au moins deux ans peuvent être considérées comme candidates potentielles à l'utilisation de la planification familiale. Cette proportion des femmes candidates à la planification familiale n'a pratiquement pas changé depuis 1992.

Le nombre d'enfants déjà nés influe sur le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires. 84 % des femmes sans enfant manifestent le désir d'avoir un enfant rapidement, mais ce pourcentage ne cesse de diminuer au fur et à mesure que le nombre d'enfants augmente : ainsi de 33 % pour celles qui ont déjà 1 enfant, la proportion passe à 20 % pour celles ayant déjà 2 enfants et à 6 % pour celles qui ont 6 enfants et plus.

La proportion des femmes qui désirent différer (attendre au moins 2 ans) la venue d'un enfant supplémentaire ne cesse de diminuer en fonction du nombre d'enfants déjà obtenus : de 53 % chez celles qui ont un enfant, la proportion passe à 10 % chez celles qui en ont 6 ou plus. Parallèlement, la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfants ne cesse d'augmenter : en effet, la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfants passe de 7 % pour celles qui n'ont qu'un enfant à 71 % pour celles qui ont 6 enfants et plus.

Comme on ne peut pas concevoir un enfant à n'importe quel moment de la vie, l'âge des femmes est évidemment un facteur important dans les attitudes et comportements en matière de fécondité. Le tableau 6.2 (illustré par le graphique 6.1) indique que la proportion des femmes qui veulent différer la venue du

Tableau 6.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDS Madagascar 1997

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
Veut un autre								
Veut un autre bientôt[2]	83,6	32,5	19,7	15,3	12,0	8,5	5,8	21,1
Veut un autre plus tard[3]	5,6	52,6	46,2	40,2	29,8	24,9	10,4	31,5
Veut un autre, NSP quand	1,8	4,0	5,0	2,6	3,7	1,7	1,6	3,0
Indécise	0,5	1,4	1,9	3,9	3,7	3,5	5,3	3,1
Ne veut plus d'enfants	1,3	6,8	23,4	35,3	47,3	55,8	71,3	37,1
Stérilisée	0,0	0,6	1,1	0,9	1,0	1,3	1,7	1,0
S'est déclarée stérile	6,2	2,1	2,7	1,9	2,5	4,3	3,9	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	347	704	800	658	548	445	932	4 435

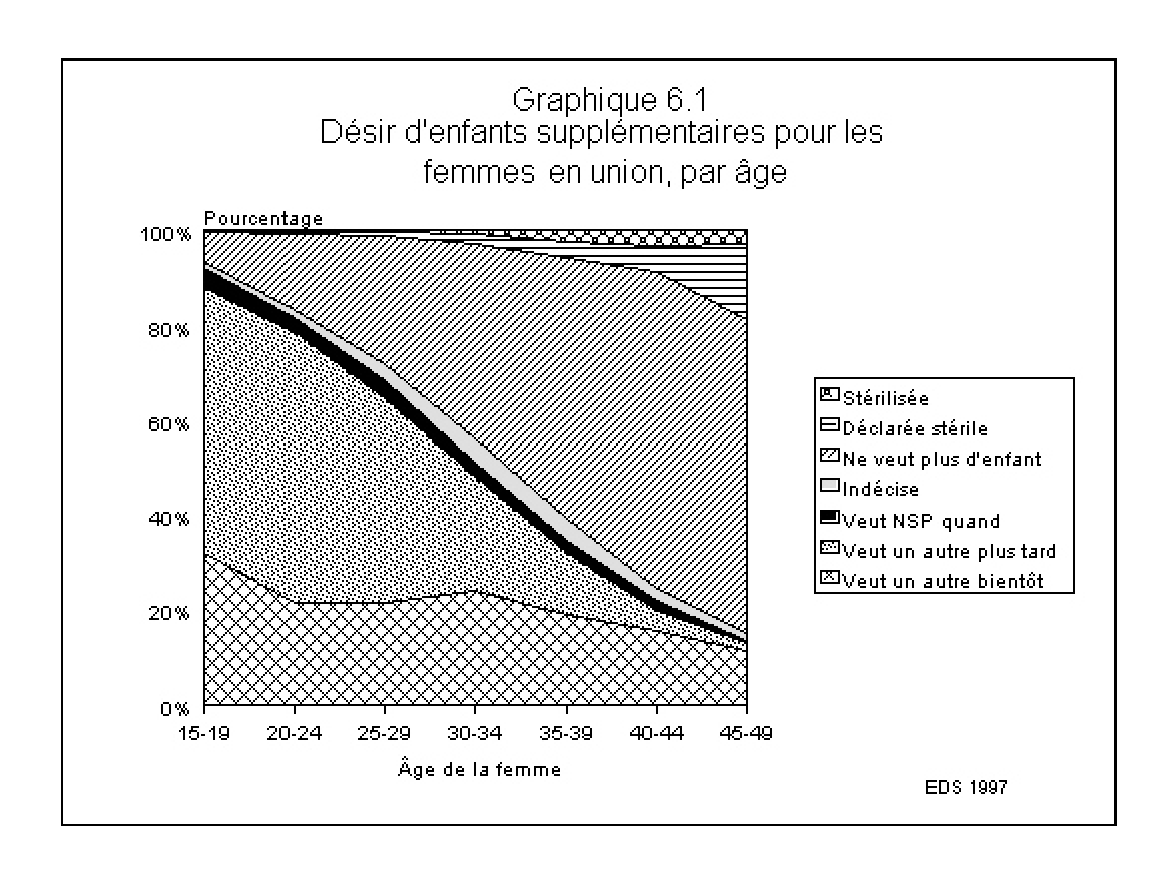
[1] Pour les femmes, y compris la grossesse actuelle
[2] Veut un autre dans les deux ans
[3] Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

Tableau 6.2 Préférences en matière de fécondité selon l'âge

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon l'âge, EDS Madagascar 1997

Désir d'enfants	Âge de la femme							Ensemble des femmes
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Veut un autre								
Veut un autre bientôt[1]	32,0	21,6	21,4	23,9	19,1	15,3	11,2	21,1
Veut un autre plus tard[2]	55,6	56,8	43,2	24,0	12,9	4,4	1,6	31,5
Veut un autre, NSP quand	4,3	3,0	3,7	3,3	2,7	2,2	0,8	3,0
Indécise	0,9	1,6	3,4	5,1	4,7	2,6	1,7	3,1
Ne veut plus d'enfants	6,4	16,3	27,1	40,9	54,8	66,6	65,8	37,1
Stérilisée	0,0	0,2	0,1	0,6	2,2	3,0	2,6	1,0
S'est déclarée stérile	0,3	0,3	1,0	2,1	3,6	5,9	16,4	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	434	822	886	806	639	506	343	4 435

[1] Veut un autre enfant dans les deux ans
[2] Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus



prochain enfant concerne plus de la moitié des femmes à 15-19 ans et à 20-24 ans (respectivement, 56 % et 57 %); à 30-34 ans elle est de 24 %, et à 35-39 ans, cette proportion n'est plus que de 13 %. La proportion de femmes qui veulent avoir un enfant rapidement décroît graduellement avec l'âge allant de 32 % à 15-19 ans à 19 % à 35-39 ans et à 11 % à 45-49 ans. De même, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfants concerne déjà plus d'un quart des femmes (27 %) à 25-29 ans, plus de la moitié des femmes (55 %) à 35-39 ans et plus des deux tiers des femmes à 40-44 ans.

Le tableau 6.3 montre que le désir de limiter le nombre d'enfants varie avec le milieu de résidence et la province : 45 % des femmes du milieu urbain ne veulent plus d'enfants contre 36 % du milieu rural. Dans la capitale, parmi les femmes qui ont 3 enfants, 82 % ne veulent plus en avoir d'autres; pour l'ensemble du milieu urbain, la proportion correspondante est de 57 % contre seulement 28 % en milieu rural. Dans la province d'Antananarivo, près des deux tiers des femmes (66 %) ayant 4 enfants ne veulent plus d'enfants supplémentaires alors que dans la province de Toliary, seulement 20 % des femmes ayant le même nombre d'enfants ont exprimé le même souhait. En ce qui concerne le niveau d'instruction, 30 % des femmes sans instruction ne veulent plus d'enfants contre 40 % pour les femmes du niveau primaire et 42 % de celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus. Pour les femmes sans instruction ayant déjà 4 enfants, seulement 28 % souhaitent ne plus en avoir d'autres contre plus de la moitié des femmes (51 %) de niveau primaire et 61 % des femmes du niveau secondaire et plus.

Tableau 6.3 Désir de limiter les naissances

Pourcentage de femmes actuellement en union ne voulant plus d'enfants par nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Nombre d'enfants vivants[1] 0	1	2	3	4	5	6 ou +	Ensemble des femmes
Milieu de résidence								
Capitale	2,1	15,5	54,3	82,4	93,5	93,2	96,6	59,6
Autres villes	0,0	9,9	29,0	43,1	57,2	54,5	72,2	38,9
Ensemble urbain	0,5	11,6	38,9	57,4	67,6	62,6	76,3	45,0
Rural	1,6	5,6	18,4	27,9	42,1	55,4	72,2	35,7
Province (Faritany)								
Antananarivo	4,4	10,3	36,0	54,6	66,4	69,5	81,1	50,6
Fianarantsoa	0,0	9,7	18,5	20,2	38,1	50,2	58,8	31,4
Toamasina	0,0	4,0	19,6	35,3	54,4	72,5	80,7	38,5
Mahajanga	0,0	6,2	24,8	28,2	39,4	52,4	75,4	35,0
Toliary	1,8	6,7	10,6	14,6	19,6	31,6	58,9	22,4
Antsiranana	0,0	1,2	14,1	29,2	50,3	46,7	85,6	32,9
Niveau d'instruction								
Aucun	2,2	6,2	12,2	19,9	28,3	43,2	66,7	29,7
Primaire	0,3	7,2	21,2	30,0	51,3	58,8	74,9	40,0
Secondaire ou supérieur	2,2	8,7	36,9	53,0	60,6	67,9	79,3	42,4
Ensemble des femmes	1,3	7,4	24,5	36,2	48,3	57,1	73,0	38,1

[1] Y compris la grossesse actuelle.

6.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (limiter les naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant (espacer les naissances), sont considérées comme ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception et constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Le tableau 6.4 donne des estimations des besoins non-satisfaits et satisfaits en matière de contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Alors que le niveau d'utilisation actuelle de la contraception moderne est très faible chez les femmes en union (10 %), les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale sont importants puisque plus d'un quart des femmes en union (26 %) en exprime le besoin. Parmi ces femmes, 14 % auraient besoin d'utiliser la contraception comme moyen d'espacement des naissances.

Si les femmes en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception arrivaient à satisfaire leurs besoins, c'est-à-dire si elles pouvaient utiliser effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 45 % (besoins exprimés); lors de l'ENDS92, les besoins exprimés en matière de contraception étaient de 51 %. Cette demande potentielle totale en planification familiale (proportion de femmes ayant de besoins non satisfaits auxquels s'ajoutent les femmes déjà utilisatrices) se décompose en espacement des naissances (22 %) et en limitation des naissances (23 %).

Actuellement, chez les femmes en union, seulement 43 % de la demande potentielle totale en planification familiale se trouve satisfaite à Madagascar.

Tableau 6.4 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale par caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Besoins en planification familiale non-satisfaits[1] pour:			Besoins en planification familiale satisfaits (utilisation actuelle)[2] pour:			Demande potentielle totale en planification familiale[3] pour:			Pourcentage de demande	
Caractéristique	Espacer	Limiter	Total	Espacer	Limiter	Total	Espacer	Limiter	Total	satisfaite	Effectif
Groupe d'âges											
15-19	20,6	1,2	21,8	5,0	0,6	5,5	25,6	1,8	27,3	20,3	434
20-24	21,7	5,4	27,2	13,3	2,6	15,9	35,1	8,0	43,1	36,9	822
25-29	20,3	7,5	27,8	12,6	7,7	20,3	32,9	15,2	48,0	42,2	886
30-34	12,6	12,0	24,6	9,3	14,7	24,0	21,9	26,6	48,5	49,3	806
35-39	8,9	18,6	27,5	3,8	22,5	26,3	12,7	41,1	53,8	48,9	639
40-44	3,0	24,3	27,2	1,4	21,0	22,4	4,3	45,3	49,6	45,1	506
45-49	1,3	15,6	16,9	0,3	15,4	15,8	1,6	31,0	32,6	48,3	343
Milieu de résidence											
Capitale	5,9	9,7	15,6	17,9	35,4	53,4	23,8	45,1	69,0	77,4	336
Autres villes	11,6	9,4	21,0	11,5	15,0	26,6	23,2	24,4	47,6	55,9	796
Ensemble urbain	9,9	9,5	19,4	13,4	21,1	34,5	23,4	30,6	53,9	64,0	1 132
Rural	15,5	12,1	27,7	6,0	8,3	14,3	21,5	20,4	41,9	34,0	3 302
Province (Faritany)											
Antananarivo	12,0	14,1	26,1	11,0	21,9	32,9	23,0	35,9	58,9	55,8	1 481
Fianarantsoa	12,5	10,1	22,6	5,5	4,3	9,8	18,0	14,3	32,3	30,2	893
Toamasina	15,7	11,4	27,1	9,7	10,7	20,4	25,4	22,2	47,5	43,0	602
Mahajanga	18,8	10,3	29,1	3,9	6,8	10,7	22,7	17,1	39,8	26,9	564
Toliary	15,0	8,8	23,9	5,0	3,7	8,6	20,0	12,5	32,5	26,6	599
Antsiranana	15,6	10,0	25,6	9,3	8,8	18,1	24,9	18,8	43,7	41,5	295
Niveau d'instruction											
Aucun	12,6	11,1	23,8	1,0	2,0	3,0	13,7	13,1	26,7	11,1	1 066
Primaire	16,0	13,5	29,5	6,1	10,2	16,2	22,0	23,7	45,7	35,5	2 275
Secondaire ou supérieur	11,7	7,4	19,0	18,4	23,9	42,3	30,1	31,3	61,3	68,9	1 093
Ensemble des femmes	14,1	11,4	25,6	7,9	11,6	19,4	22,0	23,0	45,0	43,2	4 435

[1] Les *besoins non-satisfaits pour espacer* concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non-satisfaits pour espacer, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant. Les *besoins non-satisfaits pour limiter* concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'inféconclabilité.

[2] *L'utilisation pour espacer* concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. *L'utilisation pour limiter* concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en compte ici.

[3] Besoins non-satisfaits et utilisation actuelle

Chez les femmes les plus jeunes, jusqu'à 25-29 ans, la demande d'espacement est majoritaire; la demande de limitation devient plus importante dès 30-34 ans et augmente très nettement à partir de 35 ans. La demande non satisfaite suit une évolution analogue. Notons toutefois que chez les jeunes femmes de moins de 25 ans (dont la demande d'espacement est la plus importante), la proportion de demande satisfaite est particulièrement faible : 20 % à 15-19 ans et 37 % à 20-24.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les résultats obtenus montrent que la demande potentielle en matière de planification familiale est plus élevée en milieu urbain (54 %) qu'en milieu rural (42 %), et qu'elle atteint 69 % dans la capitale dont 45 % de demande totale en limitation des naissances. Les besoins non-satisfaits en milieu rural sont plus élevés (28 %) qu'en milieu urbain (19 %). Quel que soit le milieu de résidence, on constate que les besoins pour l'espacement des naissances sont presque de même importance alors que le besoin de limitation croît avec l'urbanisation. Au niveau des Faritany, Antananarivo présente la demande potentielle totale la plus élevée (59 %) dont 36 % pour la limitation des naissances. Les Faritany de Fianarantsoa et de Toliary enregistrent par contre, la demande totale la plus faible, (32 % pour chacun). Ces deux derniers Faritany ont les plus faibles demandes en matière de besoins en planification familiale, surtout pour limiter les naissances. (tableau 6.4).

En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate que la demande totale concerne 61 % des femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur contre 46 % des femmes de niveau d'instruction primaire et seulement 27 % des femmes sans instruction. De plus, dans 69 % des cas, cette demande est satisfaite pour les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, alors qu'elle n'est satisfaite que dans 36 % des cas pour les femmes de niveau primaire et dans 11 % des cas pour les femmes sans instruction.

6.3 NOMBRE TOTAL D ENFANTS DÉSIRÉS

On peut aborder la question relative aux préférences en matière de fécondité en demandant aux femmes le nombre idéal d'enfants qu'elles auraient voulu avoir, à la fin de la période de procréation. La question est assez délicate dans la mesure où l'enquêtée doit se prononcer sur le nombre d'enfants qu'elle souhaiterait avoir, dans l'absolu, indépendamment du nombre d'enfants qu'elle a déjà. Or, sa réponse est immanquablement influencée par le nombre d'enfants qu'elle a déjà et il peut lui être difficile de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de sa famille. Cela revient à dire qu'elle ne désirait pas avoir certains de ses enfants.

Pour obtenir la réponse sur la taille idéale de la famille, l'une des deux questions suivantes a été posée selon le cas :

- Aux femmes sans enfant vivant : “Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfant à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?”

- Aux femmes ayant des enfants vivants : “Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?”

Le tableau 6.5 donne la répartition des femmes selon le nombre d'enfants qu'elle a déjà (y compris la grossesse au moment de l'enquête), selon le nombre idéal d'enfants. Il ressort de ce tableau que le nombre idéal d'enfants pour toutes les femmes est de 5,3 enfants et celui déclaré par les femmes en union au moment de l'enquête est de 5,7 enfants. Ce nombre moyen est légèrement inférieur à celui déclaré lors de l'ENDS92 où le nombre moyen pour toutes les femmes en union était de 5,9 enfants.

Il y a une corrélation entre la taille actuelle et la taille idéale de la famille : des femmes sans enfant aux femmes ayant 6 enfants ou plus, la taille idéale passe respectivement de 4,6 à 7,3 enfants. Ce niveau est comparable à celui trouvé lors de l'ENDS92 où la taille idéale passait de 4,9 pour les femmes sans enfant à 7,3 enfants, pour les femmes de 6 enfants et plus. Le nombre idéal le plus fréquent est de 6 enfants et plus quel que soit le nombre d'enfants déjà obtenus sauf pour celles qui ont 2 enfants et qui ont un peu plus fréquemment que les autres exprimé le souhait d'en avoir 4.

Tableau 6.5 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et pour celles actuellement en union, selon le nombre d'enfants vivants, EDS Madagascar 1997

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
1	1,8	2,4	0,8	0,2	0,2	0,1	0,2	1,1
2	16,9	12,5	12,2	2,8	3,4	0,5	0,9	8,9
3	15,7	15,9	13,3	15,3	2,1	3,6	1,0	10,9
4	26,4	29,1	31,9	27,9	30,3	15,8	12,9	25,4
5	7,7	8,0	10,0	12,4	10,8	15,2	6,8	9,4
6 ou plus	26,9	30,0	29,7	37,8	48,2	58,5	67,5	39,6
Réponses non-numériques	4,6	2,0	2,1	3,6	5,0	6,2	10,7	4,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 709	1 193	1 065	834	659	527	1 074	7 060
Nombre idéal moyen[2]								
Ensemble des femmes	4,6	4,7	4,8	5,3	5,8	6,3	7,3	5,3
Effectif de femmes	1 568	1 140	1 013	768	589	444	836	6 358
Femmes en union	5,5	5,0	4,8	5,3	5,9	6,3	7,3	5,7
Effectif de femmes en union	324	669	761	602	491	373	720	3 941

[1] Y compris la grossesse actuelle
[2] Les moyennes sont calculées en excluant les femmes ayant donné des réponses non-numériques.

Quelles que soient les caractéristiques étudiées, la taille idéale de la famille tend à augmenter selon l'âge (tableau 6.6), de la même manière qu'elle augmente avec la parité : elle passe de 4,9 enfants pour les femmes de 15-19 ans à 6, 6 enfants pour les femmes de 45-49 ans. Cette situation résulterait soit d'une modification réelle de l'idéal allant dans le sens d'une famille de taille plus réduite dans les générations les plus jeunes soit au contraire, d'une évolution de l'idéal de la femme dans le sens de la hausse au fur et à mesure qu'elle vieillit.

Le nombre idéal moyen lors de l'EDS97 est, à tout âge, plus faible que lors de l'ENDS 1992, ce qui, semble confirmer une modification des opinions en ce domaine.

Pour l'ensemble des femmes, le nombre idéal moyen d'enfants présente des variations assez importantes selon le milieu de résidence, la province et le niveau d'instruction.

Les femmes résidant en milieu urbain souhaitent une famille moins nombreuse (4,2 enfants) que celles résidant en milieu rural (5,8 enfants). Le nombre idéal d'enfants est le plus élevé dans la province de Toliary (6,9 enfants) et c'est dans la province d'Antananarivo que ce nombre est le plus faible (4,3 enfants).

Les différences selon le niveau d'instruction sont importantes car le nombre idéal d'enfants diminue très sensiblement au fur et à mesure que le niveau d'instruction s'élève : si, pour les femmes sans instruction le nombre idéal est de 7,0 enfants, pour les femmes de niveau primaire, il est de 5,5 enfants et pour les femmes de niveau secondaire ou plus, il n'est plus que de 3,8 enfants.

Tableau 6.6 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes, par âge et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Âge actuel							Ensemble des femmes
Caractéristique	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence								
Capitale	2,8	2,9	3,0	3,2	3,6	3,5	4,3	3,2
Autres villes	4,3	4,2	4,5	5,0	5,1	5,7	5,3	4,7
Ensemble urbain	3,9	3,7	4,1	4,4	4,6	4,9	4,9	4,2
Rural	5,4	5,2	5,7	5,9	5,9	6,7	7,3	5,8
Province (Faritany)								
Antananarivo	4,0	3,9	4,0	4,2	4,8	4,7	5,8	4,3
Fianarantsoa	6,1	5,6	6,1	6,4	6,3	8,1	7,2	6,3
Toamasina	4,4	4,3	4,8	5,1	5,2	6,0	6,7	4,9
Mahajanga	4,8	5,1	5,5	5,8	5,6	5,9	7,3	5,4
Toliary	6,5	6,0	7,3	7,7	7,0	7,9	7,5	6,9
Antsiranana	4,4	4,4	4,7	5,0	5,3	5,4	6,6	4,9
Niveau d'instruction								
Aucun	6,6	6,5	7,6	7,0	6,7	8,0	7,6	7,0
Primaire	5,0	4,8	5,5	5,9	5,8	6,2	6,8	5,5
Secondaire ou supérieur	3,4	3,7	3,8	4,1	4,1	4,2	4,3	3,8
Ensemble des femmes	4,9	4,8	5,2	5,5	5,6	6,1	6,6	5,3

6.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ

Des questions relatives à chaque enfant né au cours des cinq dernières années et à la grossesse actuelle (s'il y en a une) ont été posées : ces questions avaient pour objectif de déterminer si, lorsque la femme s'est trouvée enceinte, elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée. Les réponses à ces questions permettent de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité.

De telles questions exigent de la femme un effort de concentration pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis des cinq dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où, souvent, une grossesse non désirée peut devenir par la suite un enfant auquel on s'est attaché.

Il apparaît, d'après le tableau 6.7, que la majorité des naissances des cinq dernières années (87 %) étaient désirées : la plupart de ces naissances (74 %) se sont produites au moment voulu mais dans 14 % des cas, les femmes auraient souhaité qu'elles se produisent plus tard. Les grossesses non désirées représentent 12 % des cas. Quel que soit le rang, la grande majorité des naissances sont voulues et arrivent au moment voulu. Cependant, on peut noter que les naissances de rang élevé (4 et plus) sont moins bien planifiées que les naissances de rangs inférieurs : en effet, 17 % des naissances de rang 4 ou plus n'étaient pas désirées contre moins de 9 % des naissances de rang 1 à 3.

On peut également constater au tableau 6.7 que la proportion de naissances non désirées augmente avec l'âge de la mère, passant de 7 % dans le groupe d'âge les plus jeunes à 35 % chez les femmes de 40-44 ans. C'est dans le groupe d'âges à forte fécondité (15 à 34 ans) que les naissances qui se sont produites plus tôt que souhaité sont les plus fréquentes (14 % à 16 %). C'est aussi dans ce groupe d'âges que la proportion

Tableau 6.7 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête par type de planification, selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, EDS Madagascar 1997

Rang de naissance et âge de la mère	Statut de la naissance: Voulue au moment	Voulue plus tard	Non désirée	Non déterminé	Total	Effectif des naissances
Rang de naissance						
1	82,6	9,3	6,9	1,2	100,0	992
2	76,9	15,1	7,2	0,8	100,0	829
3	71,7	18,4	9,0	0,9	100,0	660
4 ou plus	68,5	13,8	17,1	0,6	100,0	2 133
Âge de la mère						
< 20	77,7	14,0	7,4	0,9	100,0	967
20-24	75,7	15,0	8,5	0,7	100,0	1 244
25-29	75,4	15,5	8,3	0,8	100,0	1 050
30-34	68,7	13,5	16,9	0,8	100,0	733
35-39	67,5	9,6	22,2	0,7	100,0	412
40-44	59,6	4,4	35,2	0,7	100,0	181
45-49	55,0	12,5	28,4	4,2	100,0	27
Ensemble	73,5	13,8	12,0	0,8	100,0	4 615

Note : Le rang de naissance inclut la grossesse actuelle.

de femmes ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale pour espacer leurs naissances est la plus importante.

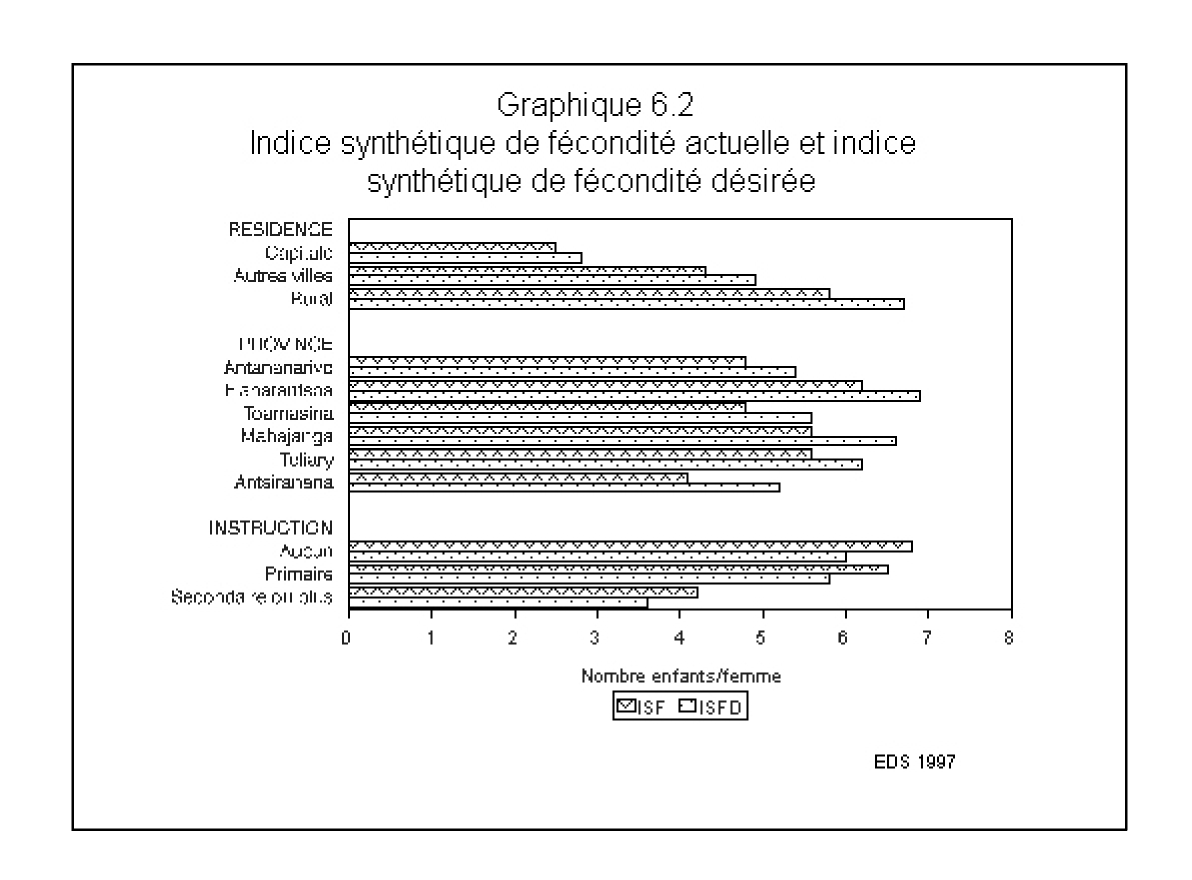
Le tableau 6.8 et le graphique 6.2 présentent une comparaison entre l'Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF). Le calcul de l'ISFD est analogue au calcul de l'ISF, mis à part que les naissances considérées comme non désirées sont éliminées du numérateur. Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF des femmes malgaches serait de 5,2 enfants au lieu de 6.0 enfants. Ce niveau de fécondité désirée, inférieur de près d'un enfant à la fécondité réelle, met en évidence l'importance des besoins en matière de planification familiale qu'il reste à satisfaire, surtout en milieu rural.

Tableau 6.8 Taux de fécondité désirée

Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et Indice Synthétique de Fécondité (ISF) pour les trois années ayant précédé l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	ISFD	ISF
Milieu de résidence		
Capitale	2,5	2,8
Autres villes	4,3	4,9
Ensemble urbain	3,8	4,2
Rural	5,8	6,7
Province (Faritany)		
Antananarivo	4,8	5,4
Fianarantsoa	6,2	6,9
Toamasina	4,8	5,6
Mahajanga	5,6	6,6
Toliary	5,6	6,2
Antsiranana	4,1	5,2
Niveau d'instruction		
Aucun	6,0	6,8
Primaire	5,8	6,5
Secondaire ou supérieur	3,6	4,2
Ensemble des femmes	5,2	6,0

Note: Les indices sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 1-35 mois précédant l'enquête. L'ISF est le même que celui présenté au Tableau 3.2.


Graphique 6.2
Indice synthétique de fécondité actuelle et indice synthétique de fécondité désirée
RESIDENCE
Capitale
Autres villes
Rural
Antananarivo
Toamasina
Mahajanga
Toliary
Antsiranana
INSTRUCTION
Aucun
Primaire
0
1
2
3
4
5
6
7
8
Nombre enfants/femme
ISF
ISFD
EDS 1997

CHAPITRE 7

MORTALITÉ DES ENFANTS

Iarivony Randretsa et Pascale Ratovondrahona

Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonction des situations tant sanitaires que démographiques, socio-économiques, environnementales et culturelles qui prévalent au sein de la société. C'est ainsi que le niveau de la mortalité infantile est considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement de la population. La connaissance de la mortalité des enfants est donc indispensable, non seulement aux spécialistes des questions de population, mais aussi aux responsables de mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique. La réalisation de l'EDS 97 s'inscrit dans cette perspective, notamment à travers l'un de ses principaux objectifs qui est de collecter des informations sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans selon les caractéristiques démographiques et socio-économiques de la mère.

7.1 MÉTHODOLOGIE

Les indicateurs de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies dans le questionnaire femme. À cet effet, l'enquêtrice enregistre toutes les naissances de la femme, en précisant le sexe, la date de naissance, l'âge et l'état de survie. Pour les enfants décédés, l'enquêtrice enregistre également l'âge au décès (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour les décès de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans et plus). Ces informations permettent de calculer les différents quotients de mortalité des enfants :

quotient de mortalité néonatale (NN) : mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre l'âge d'un mois exact;

quotient de mortalité post-néonatale (PNN) : mesure chez les enfants âgés d'un mois exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le douzième mois exact;

quotient de mortalité infantile ($_1q_0$) : mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire;

quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$) : mesure chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire;

quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) : mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

Pour le calcul de ces quotients, l'EDS 97 a utilisé la méthode directe d'estimation, basée sur la durée réellement vécue par les enfants dans la période considérée. L'estimation de la mortalité à partir de l'historique des naissances présente, à la fois, des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement. En premier lieu, dans ce type d'approche rétrospective, on collecte des informations sur le passé (ici, la mortalité des enfants) auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (ici, les femmes de 15-49 ans). On adopte généralement l'hypothèse selon laquelle la mortalité des mères n'a aucun lien avec

celle de leurs enfants. Cette hypothèse n'est pas toujours vérifiée surtout lorsque les enfants sont nés de femmes mortes en couches ou des suites de l'accouchement. Dans ce type d'enquêtes, on n'a donc aucune information sur la survie ou le décès d'enfants dont la mère n'est pas actuellement en vie; dans le cas où ces enfants "orphelins de mère", seraient en nombre important et où leur mortalité serait différente des enfants dont la mère survit (ce qui est certainement le cas), les niveaux de mortalité s'en trouveraient affectés. En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives des différents intervalles d'âge de la période passée. Si, pour les cinq années précédant l'enquête, la presque totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile qui peut s'en suivre) sont issues de femmes de 15-49 ans à l'enquête, il n'en est pas de même pour les intervalles plus anciens : par exemple pour la période 10-14 ans avant l'enquête, nous ne disposons d'aucune information sur les naissances issues de femmes qui avaient 40-49 ans à cette époque.

Quant à la collecte proprement dite, trois sources d'erreurs peuvent affecter la validité des données :

1) le sous-enregistrement des événements, notamment l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance, peut induire une sous-estimation de la mortalité.

2) les déplacements différentiels de date de naissance des enfants, selon qu'ils sont vivants ou décédés. Ces *déplacements* peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'un intervalle (par exemple, 0-4 ans avant l'enquête) et, par conséquent une surestimation de la mortalité de l'intervalle précédent (par exemple, 5-9 ans avant l'enquête).

3) l'imprécision des déclarations d'âge au décès, en particulier, l'attraction de 12 mois comme âge au décès, en transformant une partie des décès de jeunes enfants (moins de 12 mois) en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois), peut induire une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, la mortalité infanto-juvénile n'étant que très peu affectée.

Enfin, les limites méthodologiques, inhérentes à l'historique des naissances, et les risques d'erreurs ou d'imprécisions de collecte n'ont en général qu'un impact très faible sur les mesures des événements récents (Sullivan et al. 1990). Aussi, on n'a procédé à aucun ajustement des données dans le cadre du présent rapport. Cependant plus la période de référence est éloignée de la date d'enquête, plus le risque d'imprécision est important : des conclusions relatives à l'amplitude des variations dans les niveaux de mortalité ne doivent être tirées qu'avec prudence.

7.2 NIVEAUX ET TENDANCES

Le tableau 7.1 présente les différents quotients de mortalité des jeunes enfants pour les vingt-cinq dernières années, divisées en périodes quinquennales. Durant la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), près d'un enfant sur 6 (159 ‰) est décédé avant d'atteindre son cinquième anniversaire : sur 1 000 naissances, 96 sont décédées avant l'âge d'un an, et sur 1 000 enfants atteignant leur premier anniversaire, 70 sont décédés avant d'atteindre cinq

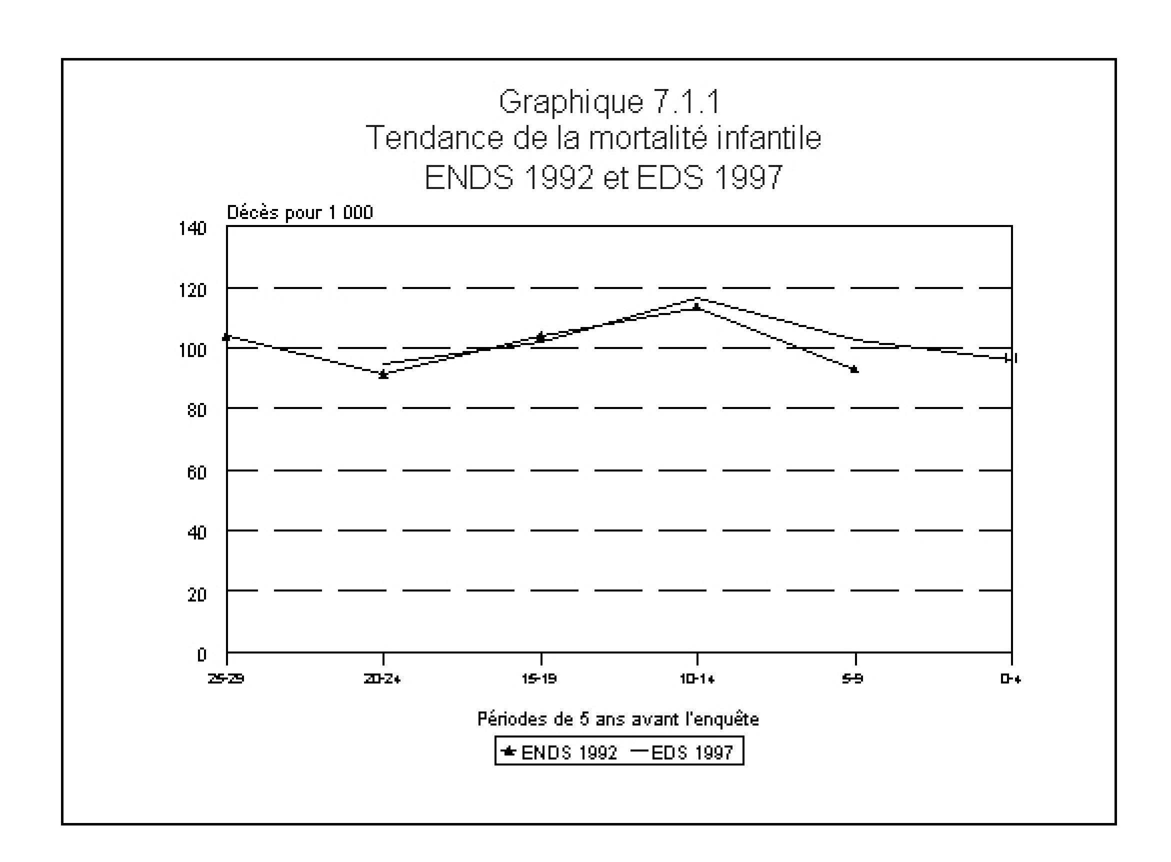
Tableau 7.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans

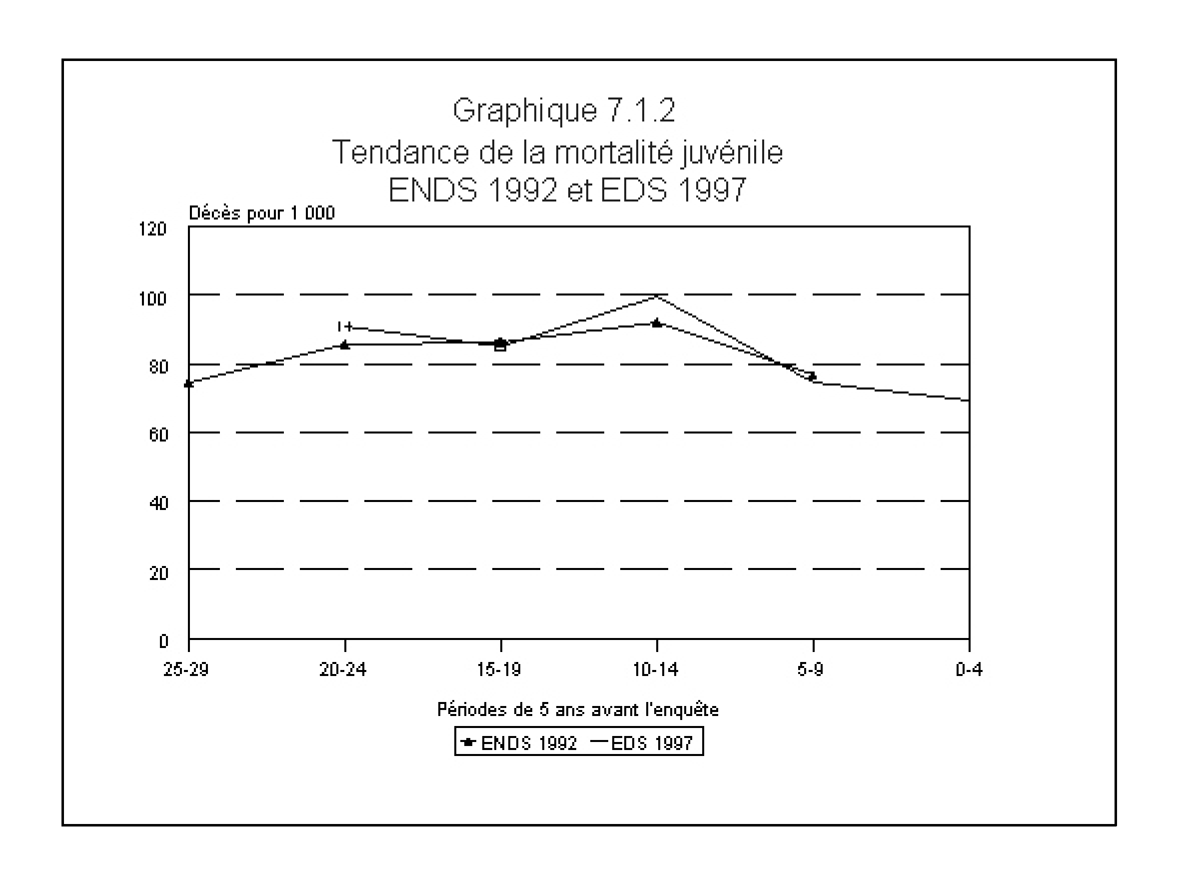
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de 5 ans précédant l'enquête, EDS Madagascar 1997

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
0-4	40,4	55,9	96,3	69,6	159,2
5-9	40,7	62,3	102,9	74,7	170,0
10-14	45,9	70,7	116,6	99,4	204,4
15-19	45,4	56,7	102,2	85,1	178,6
20-24	33,8	60,9	94,8	90,7	176,8

ans. La probabilité de décéder durant le premier mois d'existence (40 ‰) est inférieure à celle de mourir entre le premier et le douzième mois exact (56 ‰).

Le graphiques 7.1.1 et 7.1.2 permettent de comparer les tendances fluctuantes de la mortalité trouvées lors de l'ENDS 92 et l'EDS 97. Les résultats de l'EDS 97 pour la période 10-14 ans avant l'enquête, soit autour de l'année 1984, sont voisins des résultats de l'ENDS 92 pour la période 5-9 ans avant l'enquête, soit également autour de l'année 1984 : pour cette période, le quotient de mortalité infantile est évalué à 117 ‰ par l'EDS 97, et 113 ‰ par l'ENDS 92; de même la mortalité juvénile est estimée, respectivement, à 99 ‰ et à 92 ‰. Par ailleurs les résultats de l'EDS 97 pour la période 15-19 ans avant l'enquête sont très proches des résultats de l'ENDS 92 pour la période 10-14 ans avant l'enquête; en effet pour la période (autour de l'année 1979), le quotient de mortalité infantile est estimé à 102 ‰ par l'EDS 97 et à 104 ‰ par l'ENDS 92; de même la mortalité juvénile est évaluée, respectivement, à 85 ‰ et 86 ‰. Outre la bonne cohérence entre les résultats de ces deux enquêtes, ces résultats semblent montrer qu'au cours des années 1980, période qui coïncide avec la situation de dégradation de l'état sanitaire née de la crise économico-sociale de l'époque, la mortalité des enfants a connu une hausse sensible. La baisse qui suit est très modeste.





7.3 VARIATIONS DE LA MORTALITÉ ET GROUPES À HAUTS RISQUES

Le tableau 7.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques des mères, pour la période de dix ans précédant l'enquête (1987-1997). La référence à une période de 10 ans est utilisée ici pour disposer, dans chaque sous-groupe de population, d'un certain nombre d'événements statistiquement suffisant pour le calcul des différentes probabilités. Le graphique 7.2 illustre les niveaux de mortalité infanto-juvénile selon les différentes caractéristiques de la mère (lieu de résidence, niveau d'instruction, âge, etc...).

Comme on pouvait s'y attendre, la mortalité infantile est beaucoup plus faible en milieu urbain (78 ‰) et en particulier dans la capitale (56 ‰) qu'en milieu rural (105 ‰). De même, la mortalité juvénile et infanto-juvénile sont 1,4 fois plus élevées en milieu rural (respectivement 77 et 174 ‰) qu'en milieu urbain (53 et 127 ‰). Une meilleure accessibilité aux services de santé dans les zones urbaines ainsi que de meilleures conditions sanitaires expliqueraient ces différences de mortalité.

En ce qui concerne les périodes néonatales, les différences de mortalité sont très faibles pour la mortalité néonatale (37 ‰ pour l'ensemble urbain, 41 ‰ pour les zones rurales). En effet, la mortalité néonatale (durant le premier mois de la naissance) s'explique davantage par des causes endogènes et est difficilement réductible par une amélioration des conditions économiques, ce qui expliquerait son niveau pratiquement inchangé quel que soit le milieu de résidence. Par contre, la mortalité post-néonatale dépend davantage de causes exogènes et peut considérablement être réduite avec l'amélioration des conditions sanitaires : elle se situe ainsi à 41 ‰ en milieu urbain (18 ‰ dans la capitale) contre 64 pour mille en milieu rural.

Tableau 7.2 Mortalité des enfants par caractéristiques socio-démographiques de la mère

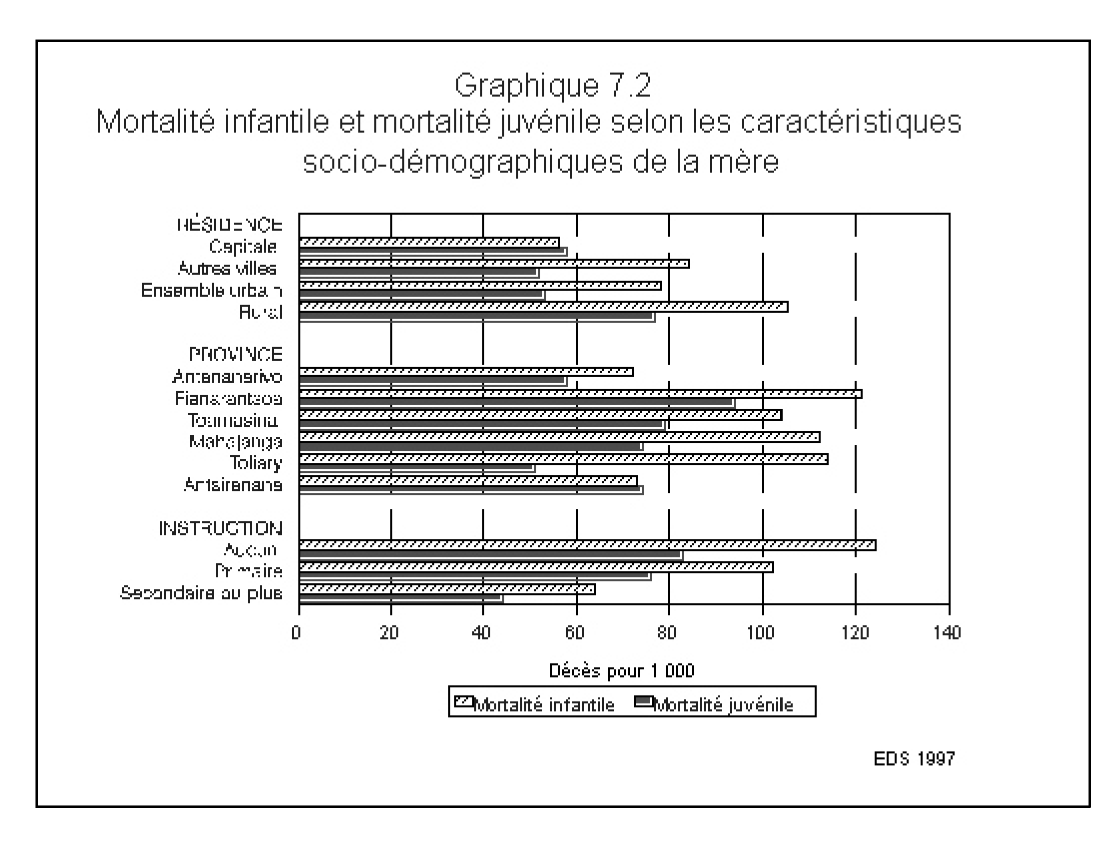
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques de la mère, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Milieu de résidence					
Capitale	37,3	18,2	55,6	57,5	109,9
Autres villes	37,4	46,5	83,9	52,2	131,7
Ensemble urbain	37,4	40,5	77,9	53,3	127,1
Rural	41,3	63,7	105,0	76,9	173,8
Province (Faritany)					
Antananarivo	37,7	34,3	72,0	58,2	126,0
Fianarantsoa	38,1	82,8	120,9	94,3	203,8
Toamasina	48,9	55,1	104,1	78,7	174,5
Mahajanga	38,5	73,9	112,4	74,3	178,4
Toliary	50,2	64,3	114,4	51,7	160,3
Antsiranana	28,7	44,2	72,9	74,3	141,8
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	40,4	83,8	124,2	83,3	197,1
Primaire	45,2	56,7	102,0	77,5	171,6
Secondaire ou supérieur	28,5	35,0	63,5	44,0	104,7
Soins prénatals et assistance à l'accouchement[1]					
Ni l'un ni l'autre	67,4	85,9	153,3	-	-
L'un ou l'autre	45,5	43,1	88,5	-	-
Les deux	21,1	30,1	51,3	-	-
Ensemble	40,5	58,8	99,3	71,7	163,9

[1] Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête

Par rapport à 1992, il faut noter que, pour la mortalité des moins de 5 ans, l'écart entre les milieux de résidence s'est creusé en fonction du degré d'urbanisation. Ainsi, on enregistre une diminution du quotient ($_5q_0$) de 5 % en milieu rural, de 11 % en milieu urbain et de 28 % dans la capitale. Pour cette dernière, la baisse est plus conséquente entre 1 et 4 ans (-33 %) qu'avant le premier anniversaire (-24 %).

Les variations suivant le niveau d'instruction sont considérables. Les enfants dont la mère est sans instruction ont une probabilité de mourir avant un an de 22 % plus élevée (124 ‰) que ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire (102 ‰) et près de deux fois plus élevée, que ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus (64 ‰). Pour les enfants qui ont atteint un an, la probabilité de mourir avant 5 ans est presque 2 fois plus élevée quand la mère n'a aucun niveau d'instruction (83 ‰) que lorsqu'elle a atteint le secondaire (44 ‰). Enfin, la mortalité infanto-juvénile des enfants issues de femmes sans instruction est presque 2 fois plus élevée (197 ‰) que celle des enfants issues des femmes les plus instruites (105 ‰). Les meilleures conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation, mais surtout le recours plus systématique aux services de santé par les femmes instruites expliquent l'essentiel de ces différences de mortalité.



Graphique 7.2
Mortalité infantile et mortalité juvénile selon les caractéristiques socio-démographiques de la mère

La mortalité des enfants varie également d'une province à l'autre. La probabilité de mourir avant l'âge d'un an est ainsi 1,7 fois plus élevée pour les enfants de Fianarantsoa par rapport à ceux de la province d'Antananarivo ou d'Antsiranana (mortalité infantile de 121 ‰ à Fianarantsoa contre 72 et 73 ‰ dans les 2 autres provinces). De même, la probabilité de mourir avant 5 ans est 1,6 fois plus élevée à Fianarantsoa qu'à Antananarivo. Le niveau relativement moins élevé de la mortalité des enfants dans la province d'Antananarivo s'expliquent probablement par un meilleur accès aux services sanitaires dans cette province qui profite de la proximité de la capitale. Le niveau d'instruction y est également meilleur. Mise à part la province d'Antsiranana qui a connu une baisse sensible de la mortalité des moins de 5 ans, les autres provinces n'ont pas connu un changement significatif dans leur niveau de mortalité des enfants par rapport à 1992.

Enfin, l'impact des soins prénatals et de l'assistance à l'accouchement semble très important puisque la probabilité de mourir avant un an est 3 fois plus élevée quand la mère n'a reçu ni soins prénatals ni assistance à l'accouchement (153 ‰) que lorsqu'elle a été en consultation prénatale et a bénéficié d'une assistance médicale à l'accouchement (51 ‰). De plus, les femmes qui n'ont bénéficié d'aucun soin prénatal doivent vraisemblablement moins souvent recourir aux services de santé, quand leur enfant est malade.

Le tableau 7.3 présente les quotients de mortalité pour la période de dix ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques biologiques des mères et des enfants. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe masculin est, comme dans la majorité des populations, légèrement plus élevée que celle des enfants de sexe féminin : sur 1 000 garçons, 176 n'atteignent pas le cinquième anniversaire contre 152 pour les filles. Cet écart de mortalité entre les sexes se produit lors de la première année (mortalité infantile de 109 ‰ pour les garçons contre 90 ‰ pour les filles) et plus particulièrement au cours du premier mois d'existence (mortalité néonatale : 47 ‰ contre 33 ‰). Avant un an, l'écart s'est creusé par rapport à 1992 où il était très faible (mortalité infantile masculine et féminine de 103 et 102 ‰).

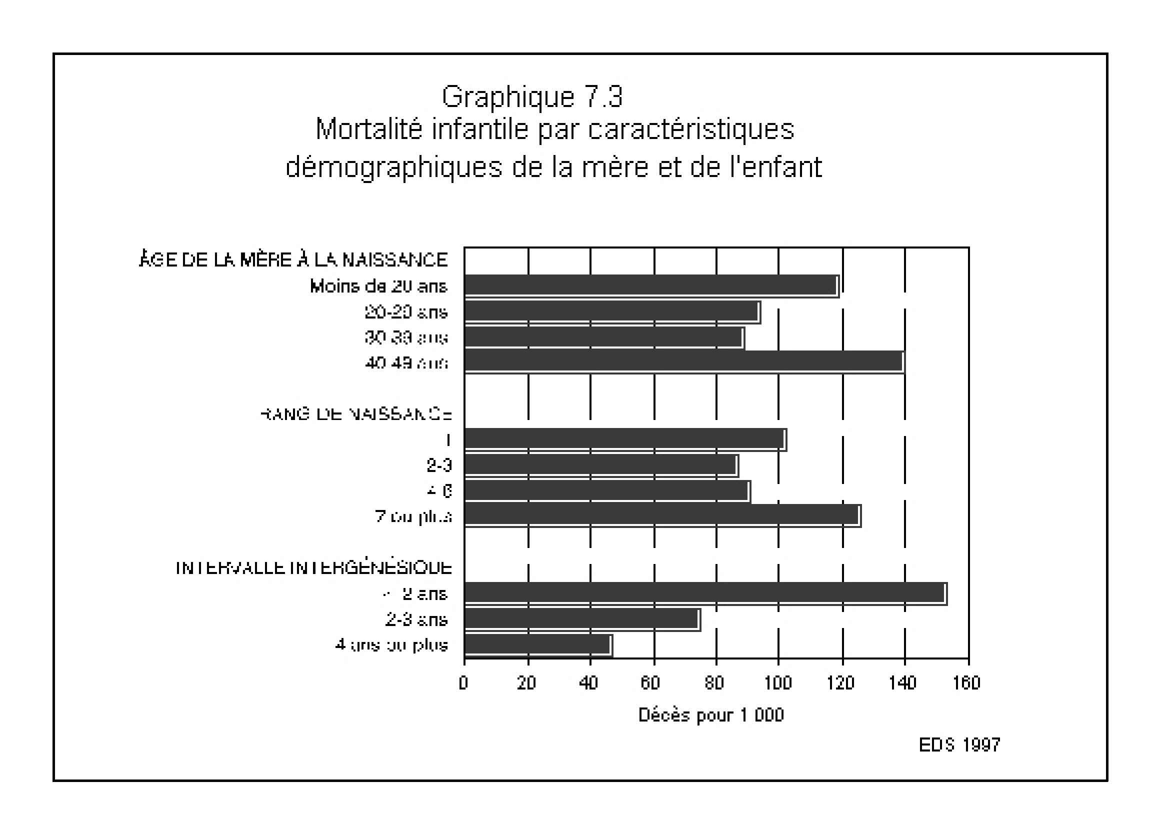
Tableau 7.3 Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Sexe					
Masculin	47,4	61,3	108,7	74,9	175,5
Feminin	33,4	56,1	89,5	68,3	151,7
Âge de la mère à la naissance					
Moins de 20 ans	54,4	64,6	119,0	80,1	189,6
20-29 ans	36,1	57,6	93,7	72,5	159,4
30-39 ans	34,2	54,8	89,0	64,3	147,6
40-49 ans	69,0	71,2	140,1	63,6	194,8
Rang de naissance					
1	44,9	57,1	102,0	63,1	158,7
2-3	36,6	50,1	86,7	75,2	155,4
4-6	32,7	58,7	91,4	74,5	159,1
7 ou plus	52,2	73,9	126,2	71,2	188,4
Intervalle avec la naissance précédente					
Moins de 2 ans	65,9	87,2	153,1	94,7	233,3
2-3 ans	25,4	49,5	74,9	67,1	136,9
4 ans ou plus	22,9	24,5	47,4	47,3	92,5
Taille à la naissance[1]					
Très petit ou petit	55,9	51,9	107,8	-	-
Moyen ou gros	28,9	40,8	69,7	-	-
Ensemble	40,5	58,8	99,3	71,7	163,9

[1] Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête

Les trois autres caractéristiques décrivant les niveaux de mortalité sont présentés au tableau 7.3 et au graphique 7.3 concernent le comportement procréateur, à savoir l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance et l'intervalle par rapport à la naissance précédente. En ce qui concerne l'âge de la mère, les risques de décéder les plus élevés sont observés chez les enfants nés de jeunes mères (moins de 20 ans) et de mères âgées (40-49 ans) : ainsi, le risque de décéder avant l'âge d'un an est 1,3 fois plus élevé pour un enfant né d'une mère âgée de moins de 20 ans (119 ‰) et 1,5 fois plus élevé pour un enfant né d'une mère âgée de 40-49 ans (140 ‰) que pour un enfant né d'une mère appartenant au groupe d'âge 20-29 ans (94 ‰). La mortalité infanto-juvénile est également plus importante pour les enfants des mères accouchant aux âges extrêmes : mortalité infanto-juvénile de 190 ‰ et 195 ‰ pour les enfants de mères jeunes et de mères âgées contre environ 150 ‰ pour les enfants de mères accouchant dans les âges courants de fécondité. Notons que le risque de décéder entre 1 et 4 ans est particulièrement élevé pour les enfants issus de mères très jeunes.



Concernant le rang de naissance, le quotient de mortalité infantile est élevé pour le rang un (102 ‰); il baisse pour les rangs 2 à 6 (mortalité infantile de 87 ‰, pour les rang de 2 à 3), et il remonte ensuite pour les enfants de rangs plus élevés (126 ‰ pour les rangs 7 et plus).

La durée de l'intervalle intergénésique apparaît comme étant le facteur qui influe le plus nettement sur les niveaux de mortalité des enfants. Les intervalles courts (de moins de deux ans) réduisent, en effet, chez la femme le degré de récupération de ses capacités physiologiques. Ils entraînent une mortalité infantile 2 fois plus élevée (153 ‰) que lorsque l'intervalle atteint 2-3 ans (75 ‰) et près de 3 fois plus élevée quand il est de 4 ans ou plus (47 ‰). La mortalité post-néonatale des enfants nés rapidement après leur frère ou soeur est également plus de 1,5 fois plus élevée (87 ‰) que celle des enfants d'intervalles de 2-3 ans (50 ‰) et plus de 3 fois plus élevée qu'une naissance espacée de 4 ans ou plus (25 ‰). Globalement, la mortalité infantile est trois fois moins importante lorsque les naissances surviennent plus de quatre ans après la naissance précédente (47 ‰) par rapport aux naissances dont les intervalles sont inférieurs à 24 mois (153 ‰). De même, les naissances à intervalle intergénésique égal à 4 ans ou plus donnent lieu à une mortalité infanto-juvénile 2,5 fois moins élevée (93 ‰) que pour les naissances survenant moins de 2 ans après la précédente (233 ‰).

La mortalité différentielle selon ces trois caractéristiques met en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée par des naissances précoces, de rangs élevés et par des intervalles intergénésiques très courts.

Par ailleurs, il ressort de ce même tableau que les bébés très petits ou petits à la naissance (y compris les prématurés) ont une mortalité beaucoup plus élevée que les bébés moyens ou gros. Sur 1 000 enfants de très petite ou petite taille à la naissance, 108 n'atteignent pas l'âge d'un an contre 70 pour les bébés moyens ou gros. Pour ces enfants de petite taille, la probabilité de mourir durant le premier mois (mortalité néonatale) est presque 2 fois supérieure à celle des enfants moyens ou gros à la naissance (respectivement 56 ‰ et 29 ‰).

Le tableau 7.4 donne une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent :

- les naissances de rang 1 qui présentent un risque élevé de mortalité, mais qui sont inévitables sauf si elles sont issues de jeunes mères (âgées de moins de 18 ans). On a donc isolé les naissances de rang 1 et de mères de 18 ans ou plus;

- les naissances issues de mères appartenant à une seule catégorie à haut risque : âge de procréation précoce (moins de 18 ans) ou tardif (35 ans ou plus), intervalle intergénésique court (moins de 24 mois) et rang élevé de naissance (plus de 4);

- les naissances correspondant à une combinaison de catégories de risque selon l'âge de la mère, l'intervalle intergénésique et le rang de naissance;

- et enfin, les naissances ne correspondant à aucune catégorie à hauts risques définies plus haut.

Le tableau 7.4 montre que seulement 20 % des naissances des cinq dernières années ayant précédé l'enquête n'appartiennent à aucune catégorie à haut risque identifié, plus de 13 % des naissances sont de rang 1 et correspondent à des risques élevés, mais sont inévitables, 41 % correspondent à des catégories à hauts risques uniques et environ 26 % correspondent à des catégories à hauts risques multiples. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, des "rapport de risque" sont calculés, avec comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Le rapport de risque est ainsi égal au rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à haut risque, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans risque.

Un enfant d'une catégorie quelconque à haut risque unique (non compris les enfants de rang 1) court un risque de décéder 1,4 fois plus élevé qu'un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. La fécondité précoce et tardive apparaissent nettement comme un facteur de risque élevé. En effet, les enfants nés de mères adolescentes qui représentent 9 % de l'ensemble des naissances courent un risque de 1,8 fois plus élevé que la catégorie de référence. De même, un enfant né rapidement après son aîné (moins de 24 mois après) et représentant près de 9 % des naissances, court un risque de près de 2 fois plus élevé (1,9) que la référence. En fait, ce sont les enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples qui sont les plus exposés, car le risque de décéder est 2 fois plus important que celui des enfants n'appartenant à aucune catégorie à risque. Ainsi les enfants des mères adolescentes qui naissent moins de 2 ans après leur aîné, ont 3 fois plus de risques de décéder que la catégorie de référence. Enfin, ceux qui sont issus de mères âgées de plus de 34 ans dont l'intervalle intergénésique avec leur aîné est inférieur à 2 ans, et ceux de rang supérieur à 4 ont des risques 2,6 fois plus important que le groupe de référence.

Ces résultats montrent qu'un meilleur espacement des naissances n'a pas seulement pour conséquence une réduction des niveaux de la fécondité, mais aussi une amélioration des chances de survie des enfants.

Cette analyse du comportement procréateur à haut risque, a permis de déterminer la proportion de femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour ce faire, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de celle-ci, on détermine dans quelle catégorie se situerait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Cette simulation a pour objectif de déterminer quelles proportions des naissances à venir entreraient dans les catégories à risque, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité.

Ainsi, il apparaît selon le tableau 7.4 que 16 % des enfants à naître seraient des enfants n'appartenant à aucune catégorie à haut risque, et que plus de 78 % des enfants appartiendraient à une quelconque catégorie à haut risque (simple ou multiple). Il faut remarquer que cette proportion est supérieure à celle observée chez les enfants déjà nés (67 %). Cette simulation démontre, une fois encore, la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants.

Tableau 7.4 Comportement procréateur à hauts risques

Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risque, et répartition (en %) des femmes actuellement en union, à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité, selon les catégories à hauts risques de mortalité, EDS Madagascar 1997

Catégories à hauts risques	Naissances dans les 5 dernières années		Pourcentage de femmes actuellement en union[1]
	Pourcentage de naissances	Rapport de risque	
Dans aucune catégorie à haut risque	19,6	1,00	16,1[a]
Haut risque inévitable			
Rang (RG) 1 et âge >=18 ans	13,5	1,42	5,5
Un seul haut risque			
Âge < 18 ans	9,1	1,81	1,6
Âge > 34 ans	0,5	*	5,0
Intervalle intergénésique (IN) < 24 mois	8,9	1,88	9,5
RG > 4	22,9	1,10	17,1
Ensemble des hauts risques simples	41,3	1,44	33,1
Hauts risques multiples			
Âge < 18 et IN < 24	1,6	(3,09)	0,7
Âge > 34 et IN < 24	0,1	*	0,1
Âge > 34 et RG > 4	10,1	1,22	24,0
Âge > 34 et IN < 24 et RG > 4	3,3	2,63	6,1
IN < 24 et RG > 4	10,5	2,24	14,4
Ensemble des hauts risques multiples	25,6	1,95	45,3
Ensemble des catégories à risques	66,9	1,63	78,4
Total	100,0	-	100,0
Effectif	6 457	-	4 435

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés dans les 5 dernières années dans chaque catégorie à risque, à la proportion d'enfants décédés dans *aucune catégorie à haut risque*.
* Les ratios sont basés sur trop peu de cas et ont été supprimés.
( ) Basés sur moins de 200 cas.
[1] Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant, si l'enfant était conçu au moment de l'enquête: âge inférieur à 17 ans et 3 mois ou plus âgé que 34 ans et 2 mois, la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois, et la dernière naissance était de rang 6 ou plus.
[a] Y compris les femmes stérilisées

CHAPITRE 8

MORTALITÉ MATERNELLE

Juan Schoemaker

8.1 INTRODUCTION

Au cours de l'EDS, on a collecté des informations concernant la survie des soeurs des enquêtées : ces informations permettent d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant des méthodes d'estimation directe ou indirecte (Rutenberg et al., 1990; Graham et al., 1989). Pour chaque soeur de l'enquêtée encore en vie, on a collecté des renseignements concernant son âge actuel et, si elle était décédée, on a demandé son âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. À propos des soeurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité, c'est-à-dire si le décès était survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse.

Pour utiliser la méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle, il faut disposer de données sur l'âge des soeurs survivantes et, pour les soeurs décédées, sur l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité par cause maternelle sont alors directement estimés en divisant le nombre de décès dus à des *causes maternelles* par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le taux par cause maternelle estimé à 15-49 ans peut alors être converti en une mesure du risque de mortalité maternelle ou taux de mortalité maternelle, en le divisant par le taux global de fécondité générale.

La méthode indirecte d'estimation de la mortalité maternelle ne nécessite aucune information sur l'âge au décès maternel et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès maternel de la soeur. Cette méthode estime le risque, pour toutes les soeurs, de décéder de causes maternelles durant la période de procréation. Étant donné que les estimations se réfèrent à la durée de vie des soeurs des enquêtées, elles ne s'appliquent pas à une période de temps bien délimitée, mais elles sont le reflet des conditions de mortalité qui correspondent à une période dont le milieu se situerait, approximativement, 12 ans avant l'enquête.

8.2 COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données sur la mortalité maternelle est présenté en Annexe (Section 9 du questionnaire "Femme"). En premier lieu, on a demandé à chaque femme enquêtée la liste de tous ses frères et soeurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. On a demandé ensuite à l'enquêtée l'état de survie de ses frères et soeurs et, pour ceux qui étaient encore en vie, on lui a demandé leur âge. Pour ceux qui étaient décédés, on s'est informé sur le nombre d'années écoulées depuis le décès et sur l'âge au décès. Dans le cas où des réponses précises sur l'âge ou sur le nombre d'années écoulées depuis le décès ne pouvaient être obtenues, les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives.

Pour les soeurs adultes décédées on a posé trois questions pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- « *Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] était enceinte quand elle est décédée ?* » Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :

- « *Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] est décédée en cours d'accouchement ?* » Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :

- « *Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement ?* »

Si la femme répondait que sa soeur état enceinte au moment du décès, on demandait :

- «*Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement ?* »

L'ensemble de ces décès sont considérés comme des décès maternels. Les questions ont été libellées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès ayant suivi une grossesse, quelle qu'en soit l'origine et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait aucune question directe à propos de ce type d'événement.

8.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

1. Que l'on utilise la méthode d'estimation directe ou indirecte, l'estimation du niveau de mortalité maternelle nécessite des données exactes sur le nombre de soeurs de l'enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour évaluer la complétude des données recueillies par une enquête rétrospective sur la survie des soeurs. L'estimation directe nécessite, en plus des données exactes sur la survie des soeurs, des données sur l'âge et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des soeurs, informations qui demandent des précisions que les enquêtées peuvent ne pas connaître. Le nombre de frères et soeurs déclarés par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès sont présentés au tableau 8.1.

L'information concernant l'état de survie n'est manquante que pour 0.1 % des soeurs et des frères. Pour la grande majorité des frères et des soeurs survivants (respectivement 94 et 93 %) l'âge a été déclaré. Pour les membres décédés de la fratrie, dans un peu moins des deux tiers des cas, on dispose de l'âge au décès ainsi que du nombre d'années écoulées depuis le décès. Le nombre de cas pour lesquels des informations sont manquantes représente 4 % pour l'âge au décès et 23 % pour le nombre d'années écoulées depuis le décès. Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et soeurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang de naissance des frères et soeurs en conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes[1]. Les données

---

[1] L'imputation est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ordre des frères et soeurs est correct. Premièrement, on a calculé une date de naissance pour chaque frère et soeur survivant dont on connaît l'âge et, pour chaque frère et soeur décédé pour lesquels on avait des informations complètes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour les frères et soeurs pour lesquels ces données sont manquantes, on a imputé une date de naissance à l'intérieur de l'intervalle délimité par les dates de naissance des frères et soeurs "encadrants". Pour les frères et soeurs survivants, on a calculé un âge à partir de la date de naissance imputée. Dans le cas de frères et de soeurs décédés, si l'on disposait soit de l'âge au décès, soit du nombre d'années écoulées depuis le décès, cette information a été combinée avec la date de naissance attribuée pour fournir l'information manquante. Si aucune des deux informations n'était disponible, la distribution de l'âge au décès des frères et soeurs dont on connaissait seulement l'âge au décès mais pas le nombre d'années écoulées depuis le décès a été utilisée comme base pour l'imputation de l'âge au décès.

Tableau 8.1 Complétude de l'information sur les frères et soeurs

Nombre de frères et soeurs déclarés par les enquêtées et complétude des données déclarées concernant l'état de survie, l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès, EDS Madagascar 1997

Frères et soeurs selon différentes variables	Soeurs		Frères		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
État de survie						
Survivants	18 792	87,0	19 546	86,0	38 338	86,5
Décédés	2 780	12,9	3 154	13,9	5 934	13,4
ND/Manquant	25	0,1	19	0,1	44	0,1
Total des frères et soeurs	21 596	100,0	22 719	100,0	44 316	100,0
Âge des survivants						
Âge déclaré	17 514	93,2	18 314	93,7	35 828	93,5
ND/manquant	1 278	6,8	1 232	6,3	2 510	6,5
Total des survivants	18 792	100,0	19 546	100,0	38 338	100,0
Âge au décès et nombre d'années depuis le décès						
Âge et nombre d'années déclarés	1 809	65,1	1 982	62,8	3 791	63,9
Âge au décès manquant	94	3,4	123	3,9	217	3,7
Nombre d'années manquant	623	22,4	764	24,2	1 387	23,4
Âge et nombre d'années manquants	254	9,1	285	9,0	539	9,1
Total des décédés	2 780	100,0	3 154	100,0	5 934	100,0

sur la survie des frères et soeurs, y compris les cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

Le nombre de cas où l'information est manquante n'est qu'un indicateur de la qualité de l'ensemble des données. Un autre aspect également important est la complétude de l'information de base, c'est à dire, la possibilité d'omission de frères et de soeurs. Le tableau 8.2 présente l'année de naissance des femmes interrogées et de leur fratrie. On s'attend à ce que la médiane de la date de naissance des femmes enquêtées approche la médiane des frères et des soeurs. Si l'année de naissance médiane de la fratrie était plus tardive que celle des enquêtées, cela signifierait que les enquêtées ont systématiquement omis des frères et/ou des soeurs nés avant elles, peut être parce que certains d'entre eux sont décédés ou ont quitté la maison avant qu'elles soient nées. Dans le cas de Madagascar, la médiane de l'année de naissance de la fratrie coïncide avec celles des femmes enquêtées (1968 pour les

Tableau 8.2 Frères et soeurs des enquêtées

Répartition (en %) des enquêtées et des frères et soeurs selon l'année de naissance, EDS Madagascar 1997

Année de naissance	Enquêtées	Frères et soeurs
Avant 1945	0,0	1,6
1945-49	2,5	2,8
1950-54	7,8	5,5
1955-59	10,1	9,4
1960-64	12,7	11,8
1965-69	16,1	14,7
1970-74	17,5	15,5
1975 ou après	33,3	38,7
Total	100,0	100,0
Intervalle	1947-1982	1918-1997
Médiane	1 968	1 968

deux), ce qui dénote qu'il n'y a pas eu d'omission de frères et de soeurs plus âgés[2]. Ces derniers étant plus susceptibles d'être décédés que les plus jeunes, cela pourrait entraîner une très légère sous-estimation de la mortalité d'ensemble. Cependant, du point de vue de la mesure de la mortalité maternelle, que tous les frères et soeurs soient déclarés n'est pas le plus important; par contre, il est crucial que les données soient aussi complètes que possible sur les sujets soumis au risque de mortalité maternelle, à savoir les soeurs en âge de procréation.

Tableau 8.3 Nombre moyen de frères et soeurs et rapport de masculinité

Nombre moyen de frères et soeurs et rapport de masculinité selon l'année de naissance de l'enquêtée, EDS Madagascar 1997

Année de naissance de l'enquêtée	Nombre moyen de soeurs et de frères	Rapport de masculinité à la naissance
Annés 1940	6,2	103,6
1950-54	6,8	95,2
1955-59	7,1	100,2
1960-64	7,5	108,2
1965-69	7,6	104,4
1970-74	7,6	103,0
1975-79	7,1	109,8
Ensemble	7,3	105,2
Effectif de soeurs		21 596
Effectif de frères		22 719
Effectif d'enquêtées ayant eu des soeurs et frères		6 893
Effectif d'enquêtées n'ayant pas eu de soeurs et frères		167
Pourcentage d'enquêtées n'ayant pas eu de soeurs et frères		2,4

D'autres vérifications permettant d'évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et soeurs figurent au tableau 8.3 : il s'agit du rapport de masculinité à la naissance et de la taille moyenne de la fratrie. Pour l'ensemble des frères et soeurs, le rapport de masculinité à la naissance est de 105 hommes pour 100 femmes, ce qui est cohérent avec les données internationales. La taille moyenne de la fratrie (y compris l'enquêtée) est de 7,3, ce qui est plus important que la parité moyenne actuelle des femmes malgaches de 40-49 ans et est vraisemblablement très proche de la parité finale passée. Le rapport de masculinité à la naissance varie relativement peu (de 95 à 110) compte tenu de la variabilité du rapport de masculinité dans les petits échantillons. Par contre, l'évolution de la taille de la fratrie, qui diminue avec l'année de naissance, en particulier à partir des années de naissance précédant 1950, semblerait indiquer qu'il y a eu certaines omissions de frères et soeurs d'enquêtées nées 45 ans et plus avant l'enquête. Ceci en supposant, bien entendu, que la fécondité n'a pas augmenté au cours du temps. Ce résultat suggère, ce qui a été noté précédemment, qu'il y a eu de possibles omissions des frères et soeurs les plus âgés. Elles auraient pour conséquence, une possible sous-estimation de la mortalité passée.

8.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE

Les estimations de la mortalité masculine et féminine par âge pour la période de 0-6 ans avant l'enquête, calculées directement d'après les déclarations sur la survie des frères et des soeurs, sont présentées au tableau 8.4. Le nombre de décès de frères et soeurs survenus pendant la période de référence aux âges de 15 à 49 ans est de 901 (411 femmes et 490 hommes), de sorte que les taux par âge sont basés sur des événements relativement peu nombreux qui sont donc sujets aux variations d'échantillonnage.

Les résultats du tableau 8.4 font apparaître un niveau de mortalité élevé dans la population de 15 à 49 ans, estimé à 4,2 ‰ pour l'ensemble des femmes et de 4,9 ‰ pour l'ensemble des hommes. La tendance générale de la mortalité par âge semble crédible, avec une augmentation régulière par âge. Toutefois, l'affaiblissement du taux chez les femmes de 45-49 ans suggère qu'il y a eu un sous-enregistrement de soeurs décédées à ces âges. Chez les hommes, aucun sous-enregistrement n'est apparent.

[2] On notera que la distribution des années de naissance des frères et soeurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 35 ans (1947-1982), celles des frères et soeurs portent sur 79 ans (1918-1997).

Tableau 8.4 Estimation de la mortalité adulte

Estimation directe de la mortalité adulte par âge pour la période de 0-6 ans précedant l'enquête, à partir des données sur l'état de survie des soeurs et frères, et taux de mortalité type par sexe, EDS Madagascar 1997

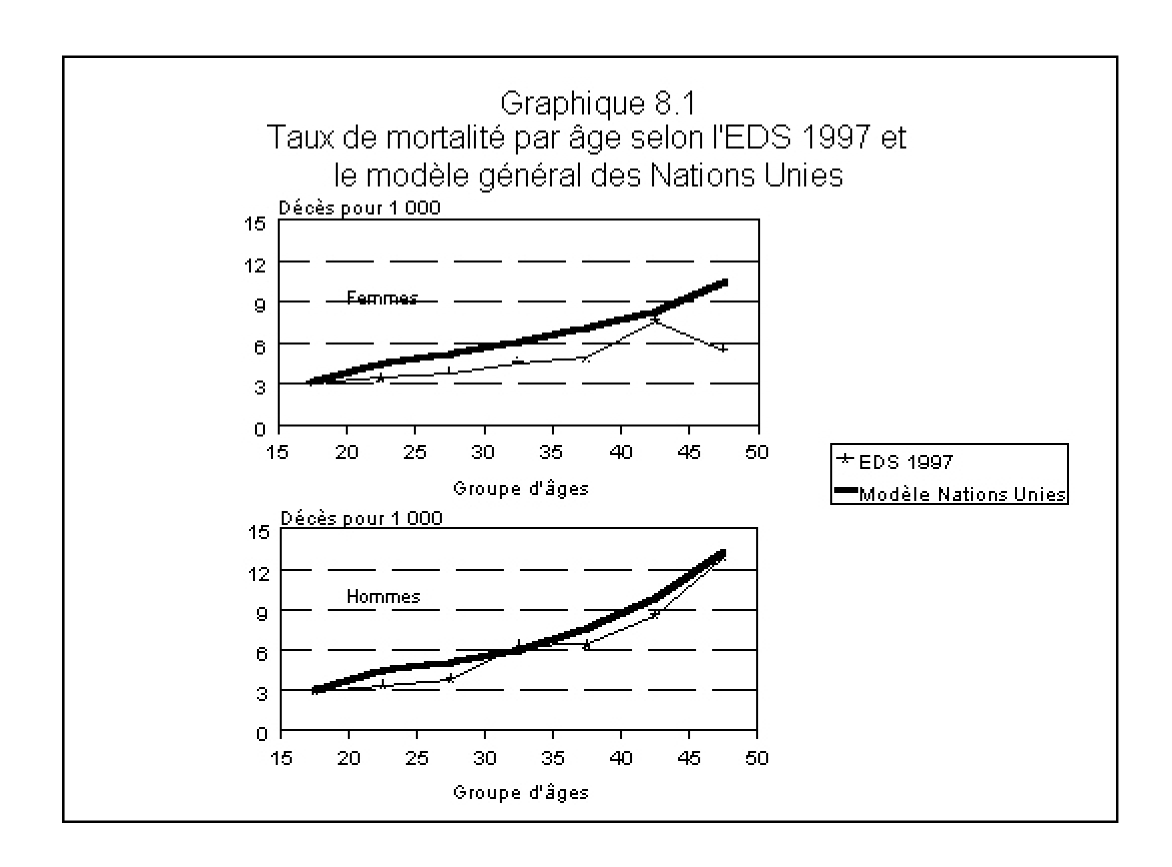
Groupe d'âges	Décès	Années d'exposition	Taux mortalité de l'EDS	Taux de mortalité type[1]
		FEMMES		
15-19	62	19 765	3,12	3,25
20-24	74	21 354	3,47	4,48
25-29	72	18 843	3,80	5,23
30-34	73	15 911	4,57	6,15
35-39	59	11 902	4,96	7,13
40-44	54	7 044	7,62	8,34
45-49	18	3 386	5,43	10,51
15-49	411	98 206	4,19	
		HOMMES		
15-19	60	20 387	2,94	3,10
20-24	73	21 739	3,37	4,46
25-29	78	20 183	3,85	5,06
30-34	103	16 328	6,31	6,04
35-39	76	11 874	6,42	7,59
40-44	58	6 788	8,61	9,92
45-49	42	3 268	12,87	13,36
15-49	491	100 568	4,88	

[1] Les taux de mortalité type proviennent des Tables Type de Mortalité des Nations Unies, Schéma Général, sous l'hypothèse d'une espérance de vie de 54 ans pour les femmes et de 52 ans pour les hommes.

Étant donné que les données sur la mortalité des soeurs constituent la base de calcul de la mortalité maternelle, il est important d'évaluer la fiabilité des estimations directes des niveaux de mortalité. Si l'estimation de la mortalité adulte n'est pas fiable, l'estimation de la mortalité maternelle ne le sera pas davantage. L'évaluation de la mortalité est faite en comparant les taux calculés à partir de l'enquête à une série de taux provenant de table-types de mortalité. Parmi elles, le modèle général des Nations Unies (Nations Unies, 1982) se rapproche le plus du schéma de mortalité de Madagascar[3] (graphique 8.1).

Pour les hommes les taux de mortalité adulte s'avèrent très proches de ceux du modèle, mais pour les femmes, les taux de mortalité estimés sont légèrement inférieurs à ceux du modèle. Ceci suggère que les estimations des taux de mortalité chez les femmes sont probablement entachées par des sous-déclarations des décès des soeurs, ce qui impliquerait en conséquence une sous-estimation de la mortalité maternelle.

[3] Le modèle adopté suppose une espérance de vie de 52 ans pour les hommes et de 54 pour les femmes.



8.5 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

L'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des soeurs, est présentée au tableau 8.5. Les décès maternels sont au nombre de 100 pour la période 1990-1997. La tendance des taux par âge est assez irrégulière. Étant donné le nombre peu important d'événements et, de ce fait, les variations aléatoires des taux par âge, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique de mortalité pour cause maternelle correspondant aux âges de procréation. L'estimation d'ensemble de la mortalité pour cause maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition, est égale à 1,02 pour la période 1990-1997.

Les taux de mortalité pour cause maternelle peuvent être convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité de la période (tableau 8.5). Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la maternité. Le taux de mortalité maternelle est de 488 décès maternels pour 100 000 naissances pour la période 1990-1997.

À partir des taux de mortalité maternelle, on a calculé, au tableau 8.5, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie qui exprime la probabilité pour une femme de décéder par cause maternelle durant les âges de procréation[4]. Le risque est de 0,03 pour la période 1990-1997, ce qui veut dire qu'une femme sur 33 court le risque de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.

Au tableau 8.5, figurent enfin les proportions de décès imputables aux causes maternelles, par groupe d'âges, pour la période 1990-1997. Alors que les différentes mesures de la mortalité présentées précédemment peuvent être affectées par des sous-déclarations, il est permis de penser que ces proportions ne le sont pas dans la mesure où l'on peut supposer que les sous-déclarations éventuelles n'affectent pas

[4] La formule de calcul de cette probabilité figure en note du tableau 8.5.

Tableau 8.5 Estimation directe de la mortalité maternelle

Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des soeurs des femmes enquêtées pour la période de 0-6 ans précedant l'enquête, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Décès maternels	Années d'exposition	Taux mortalité par cause maternelle (‰)	Ajustement de la mortalité selon l'âge	Proportion de décès maternels
15-19	12,6	19 765	0,64	0,14	0,20
20-24	21,3	21 354	1,00	0,19	0,29
25-29	23,7	18 843	1,26	0,21	0,33
30-34	17,4	15 911	1,09	0,16	0,24
35-39	18,6	11 902	1,57	0,19	0,32
40-44	4,2	7 044	0,60	0,06	0,08
45-49	2,7	3 386	0,70	0,05	0,13
15-49	100,1	98 206	1,02	0,99	0,24
Taux global de fécondité générale (TGFG ‰)				202	
Taux de mortalité maternelle (TMM)[1]				488	
Risque de mortalité maternelle sur la durée de la vie (RDV)[2]				0,03	

[1] Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : (Taux de mortalité par cause maternelle 15-49 ans)/TGFG
[2] Par femme. Calculé par la formule suivante : $(1\text{-RDV})=(1\text{-TMM}/100\ 000)^{ISF}$, où l'ISF est l'Indice Synthétique de Fécondité pour la période de 0-6 ans avant l'enquête, estimé à 6,29.

davantage les décès par cause maternelle que les autres décès. On ne constate pas de fortes variations de ces proportions, mais elles atteignent leur maximum aux âges de 20 à 39 ans, âges de fécondité maximale. À ces âges, à peu près trois décès de femme sur dix seraient dus à des causes maternelles. Pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), près d'un décès sur quatre serait dû à des causes maternelles.

8.6 ESTIMATION INDIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Les données sur la survie des soeurs peuvent aussi être utilisées pour estimer la mortalité maternelle par la méthode indirecte (Graham et al., 1989). Dans ce cas, les données sont agrégées par groupe quinquennal d'âge des enquêtées. Pour chaque groupe d'âges, les informations sur le nombre de décès maternels parmi toutes les soeurs de 15 ans et plus et sur le nombre de soeurs/unités d'exposition au risque sont utilisées pour estimer le risque de décéder sur la durée de vie par cause maternelle. L'approche indirecte fournit également une estimation d'ensemble de la mortalité maternelle pour les soeurs de l'ensemble des enquêtées, qui se rapporte à une période de temps centrée approximativement sur 12 ans avant l'enquête. Quand on travaille sur des petits échantillons, il est préférable d'utiliser l'estimation d'ensemble, qui est moins sensible aux variations d'échantillonnage.

Les estimations indirectes de la mortalité maternelle sont présentées au tableau 8.6. Les estimations du risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle, varient de 0,024 à 0,044 selon le groupe d'âges. Quand on considère l'ensemble des enquêtées, le risque de décès maternel sur la durée de vie est égal

à 0,033, ce qui veut dire qu'une femme sur 30 court le risque de décéder de cette cause, pendant les âges de procréation.

Cette valeur peut être transformée en une estimation du taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances). L'estimation, centrée à environ 12 ans avant l'enquête, soit 1984, est de 507 pour 100 000.

Tableau 8.6 Estimation indirecte de la mortalité maternelle

Estimation de la mortalité maternelle par la méthode indirecte, EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Nombre de femmes enquêtées	Nombre soeurs de 15 ans ou plus	Nombre de soeurs décédés	Décès par cause maternelle ajustés	Proportion de décès maternels	Facteurs d'ajustement pour l'exposition	Unité de risque ajustée	Risque de mortalité maternelle sur la durée de la vie
15-19	1 553	4 256[a]	76	16,8	22,1	0,107	455	0,037
20-24	1 325	3 631[a]	95	32,6	34,3	0,206	748	0,044
25-29	1 196	3 277[a]	146	39,4	27,0	0,343	1 124	0,035
30-34	1 012	2 877	178	53,8	30,2	0,503	1 447	0,037
35-39	845	2 348	164	50,4	30,6	0,664	1 559	0,032
40-44	652	1 856	134	35,3	26,3	0,802	1 489	0,024
45-49	477	1 205	152	36,7	24,1	0,900	1 085	0,034
15-49	7 060	19 451	946	264,8	28,0		7 907	0,033
Taux de mortalité maternelle (TMM)[b] =			507					

[a] Le nombre de soeurs dans ces trois groupes d'âges a été ajusté en multipliant le nombre d'enquêtées par le nombre moyen de soeurs chez les enquêtées de 30 ans et plus.
[b] TMM = $(1 - [1 - RDV]^{1/ISF}) \times (100\,000)$, où ISF est l'Indice Synthétique de Fécondité de la période 10-14 ans avant l'enquête, estimé à 6,3 enfants par femme. Le taux est exprimé pour 100 000 naissances.

8.7 CONCLUSION

L'estimation directe du taux de mortalité maternelle à Madagascar pour la période 1990-1997 (centrée sur l'année 1993) est, selon l'EDS, de 488 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. L'estimation indirecte fournit un taux de 507 qui représente une moyenne couvrant une longue période, centrée approximativement sur 12 ans avant l'enquête, soit 1985. Étant donné le degré d'erreur de sondage associé à ces estimations de mortalité et aux différences dans les méthodes de calculs, ces deux taux peuvent être considérés comme assez proches. Globalement, on peut estimer que le taux de mortalité maternelle se situait à Madagascar entre 500 et 600 décès pour 100 000 naissances vivantes durant les décennies 1980 et 1990, conclusion qui s'avère cohérente avec le résultat de l'ENDS Madagascar de 1992.

CHAPITRE 9

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Eli Ramamonjisoa, Celestine Rabialahy,
Bako Rakotoelina, et Fernande Razafimampionona

L'état de santé de la mère et de l'enfant est encore une situation préoccupante à Madagascar. En effet, le taux de morbidité et les taux de mortalité infantile et maternelle y demeurent élevés (voir chapitres 7 et 8).

La promotion de la maternité sans risque contribue à la réduction de cette prévalence élevée des complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

Dans ce chapitre, les données collectées concernant les naissances vivantes survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, ont permis d'obtenir des informations sur les soins prénatals, les conditions d'accouchement, l'état de santé des nouveau-nés, la couverture vaccinale, la prévalence ainsi que sur le traitement de la fièvre, des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques.

9.1 SOINS PRÉNATALS ET ACCOUCHEMENT

La maternité sans risque est l'une des composantes de la santé de la reproduction définies et retenues pour Madagascar lors d'un symposium national, qui suivit la Conférence internationale du Caire (1994).

D'après l'OMS, la planification familiale, les soins prénatals, les bonnes conditions de l'accouchement et les soins obstétricaux essentiels forment les quatre piliers de la maternité sans risque.

9.1.1 Soins prénatals

Le suive de la grossesse permet de prévenir les risques et les complications de l'accouchement. Ainsi, des visites prénatales effectuées régulièrement depuis le stade précoce de la grossesse auprès d'une personne qualifiée sont exigées.

La proportion de naissances précédées de visites prénatales (tableau 9.1) effectuées auprès du personnel de santé (77 %), est peu différente de celle l'ENDS 1992 (78 %). En revanche, on observe entre ces deux enquêtes une progression importante des visites effectuées auprès d'un médecin (19 % contre 10 %) et une diminution du rôle des infirmières (54 % contre 69 %). Les grossesses suivies par les accoucheuses traditionnelles vont en diminuant (6 % contre 9 %). Ce constat positif doit cependant être nuancé par l'augmentation du pourcentage de naissances qui ont eu lieu sans aucune visite prénatale (16 % contre 13 %).

Le recours à du personnel qualifié est d'autant moins fréquent que le rang de la naissance augmente (83 % pour les premières naissances; moins de 73 % pour celles de rang 6 ou plus). Par contre, l'intervention de personnel formé augmente légèrement avec l'âge de la mère (75 % des mères de moins de 20 ans, 78 % des 35 ans et plus), ainsi qu'avec le degré d'urbanisation (95 % des naissances de la capitales contre 75 % de celles du milieu rural), et également en fonction du niveau d'instruction des mères (60 % des non instruites pour 91 % de celles qui ont acquis un niveau secondaire ou plus) (graphique 9.1). Les femmes les plus instruites résident probablement aussi, très souvent en ville, situation doublement favorable à un suivi médical.

Tableau 9.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, par type de visite prénatale durant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Soins prénatals: Médecin	Infirmière/ Sage-femme	Sage-femme auxiliare	Ensemble personnel formée	Accoucheuse traditionnelle	Personne	Autre/ ND	Total	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance									
< 20	17,0	5,4	53,0	75,3	6,9	16,8	1,0	100,0	841
20-34	19,5	3,6	54,0	77,1	6,3	15,7	0,8	100,0	2 531
35 ou plus	19,9	3,7	53,8	77,5	5,4	16,0	1,1	100,0	521
Rang de naissance									
1	21,3	4,4	57,3	83,0	5,6	10,2	1,1	100,0	864
2-3	18,1	4,2	55,5	77,8	6,6	14,6	1,0	100,0	1 239
4-5	18,2	4,2	51,3	73,7	6,1	19,5	0,7	100,0	806
6 ou plus	18,8	3,2	50,5	72,5	6,8	19,9	0,8	100,0	983
Milieu de résidence									
Capitale	26,4	0,0	68,4	94,8	1,5	0,9	2,8	100,0	161
Autres villes	10,2	1,3	69,7	81,2	5,5	11,6	1,6	100,0	619
Ensemble urbain	13,6	1,1	69,4	84,0	4,7	9,4	1,9	100,0	781
Rural	20,4	4,7	49,8	74,9	6,7	17,7	0,7	100,0	3 112
Province (Faritany)									
Antananarivo	33,9	2,1	57,8	93,8	1,9	3,7	0,6	100,0	1 142
Fianarantsoa	14,8	0,3	48,9	64,0	11,4	23,3	1,2	100,0	919
Toamasina	10,3	5,2	62,3	77,8	5,2	16,6	0,4	100,0	533
Mahajanga	11,1	9,9	46,6	67,7	7,9	23,5	0,9	100,0	536
Toliary	12,4	3,9	51,7	68,0	7,3	22,9	1,8	100,0	520
Antsiranana	15,6	11,5	54,4	81,5	4,6	14,0	0,0	100,0	244
Niveau d'instruction									
Aucun	13,1	3,8	43,0	59,8	9,1	29,9	1,2	100,0	906
Primaire	21,6	4,6	52,5	78,6	6,7	13,8	0,9	100,0	2 170
Secondaire ou supérieur	18,8	2,7	69,1	90,7	2,2	6,5	0,6	100,0	817
Ensemble des naissances	19,0	4,0	53,8	76,8	6,3	16,0	0,9	100,0	3 893

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-35 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont été consultées, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

D'une province à l'autre le recours au personnel de santé pour les consultations prénatales est variable, le meilleur score étant enregistré dans les provinces d'Antananarivo (94 %) et le plus faible dans celle de Fianarantsoa (64 %). Ces résultats devront être rapprochés de la répartition géographique des centres de santé du pays.

9.1.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse

Selon les normes définies par l'OMS, au cours de sa grossesse, une femme devrait effectuer, au moins, quatre visites prénatales espacées régulièrement. Les résultats mentionnés dans le tableau 9.2 donnent un nombre médian de consultations inférieur à 3, chiffre en nette régression par rapport à 1992 (4 consultations). Seulement 40 % des naissances des trois dernières années, ont été précédées de 4 visites (43 % en 1992).

La fréquence des visites prénatales diminue rapidement avec la durée de la grossesse : de 51 % au cours des six premiers mois de la grossesse, cette proportion tombe à 27 % entre le sixième et le septième mois, puis à 4 % au huitième mois et plus de grossesse. On est donc loin d'une répartition régulière des visites au cours de la grossesse.

Tableau 9.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, par nombre de visites prénatales durant la grossesse et par stade de la grossesse au moment de la première visite, EDS Madagascar 1997

Visite prénatale	Ensemble des naissances
Nombre de visites	
0	16,0
1	5,3
2-3	36,9
4 ou plus	39,7
NSP/ND	2,1
Total	100,0
Nombre médian de visites[1]	2,9
Stade de la grossesse à la première visite	
Pas de visite	16,0
Moins de 6 mois	50,9
6-7 mois	26,7
8 mois ou plus	3,9
NSP/ND	2,4
Total	100,0
Nombre médian de mois de grossesse à la première visite[1]	5,5
Effectif de naissances	3 893

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-35 mois précédant l'enquête.
[1] Les médianes sont calculées pour les naissances ayant donné lieu à des visites prénatales.

9.1.3 Vaccination antitétanique

Des efforts ont été déployés en matière de vaccination antitétanique des femmes en âge de reproduction pour lutter contre le tétanos néonatal, une des principales causes de décès du nouveau-né. Suivant les normes de l'OMS, la première naissance devrait être protégée par deux injections de vaccin antitétanique reçue par la mère au cours de sa grossesse. Pour les grossesses suivantes, une seule dose suffit.

Moins de la moitié des femmes enquêtées (35 %) ont déclaré avoir eu, au moins, deux doses de vaccin antitétanique avant l'accouchement (tableau 9.3). Par contre, 50 % ont eu, au moins, une dose. Le taux de protection des naissances par au moins une injection est en baisse si on se réfère aux résultats de l'ENDS 1992 (50 % contre 59 %).

Si l'on se réfère aux femmes ayant reçu, au moins, une injection, la couverture vaccinale est légèrement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (56 % contre 48 %) (graphique 9.1). Le niveau de couverture vaccinale augmente aussi avec le niveau d'instruction pour atteindre 58 % des naissances issues des mères ayant suivi, au moins, l'enseignement secondaire. Les femmes sans instruction ne sont partiellement ou totalement vaccinées que dans 41 % des cas. Les proportions de femmes non vaccinées augmente avec le rang de la naissance : de 41 % avec les premières naissances jusqu'à 57 % pour celles de rang 6 et plus.

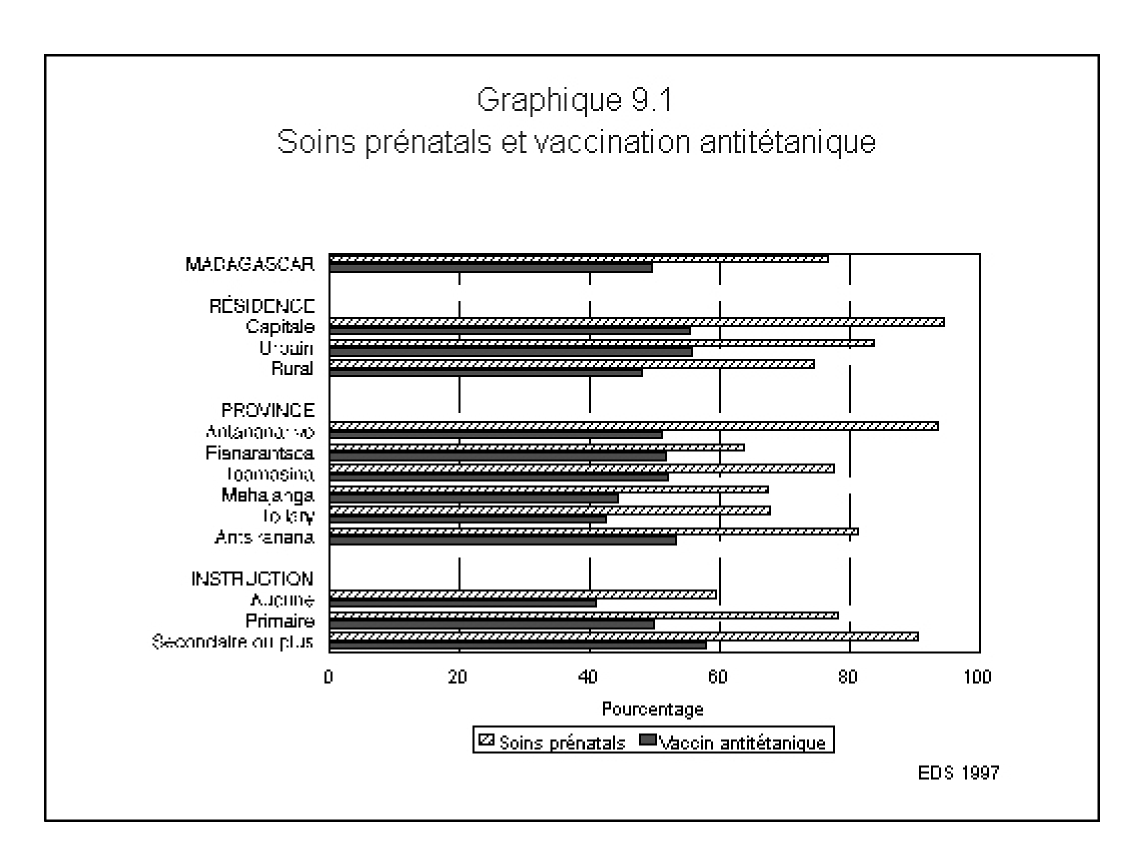
Par rapport aux autres provinces, Toliary et Mahajanga sont les plus défavorisées en matière de couverture vaccinale, soit respectivement 56 % et 54 % de femmes n'ayant reçu aucune injection.

Tableau 9.3 Vaccination antitétanique

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, par nombre d'injections antitétaniques reçues par la mère pendant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Nombre d'injections antitétaniques					Effectif de naissances
	0	1	2 ou +	NSP/ ND	Total	
Âge de la mère à la naissance						
< 20	43,4	14,3	41,0	1,3	100,0	841
20-34	50,5	14,8	33,5	1,1	100,0	2 531
35 ou plus	51,1	12,4	34,8	1,7	100,0	521
Rang de naissance						
1	40,5	13,6	44,6	1,4	100,0	864
2-3	47,5	16,8	34,4	1,4	100,0	1 239
4-5	50,7	15,8	32,5	1,0	100,0	806
6 ou plus	57,3	11,0	30,6	1,1	100,0	983
Milieu de résidence						
Capitale	39,9	13,8	42,0	4,3	100,0	161
Autres villes	42,8	15,6	40,3	1,3	100,0	619
Ensemble urbain	42,2	15,3	40,6	1,9	100,0	781
Rural	50,8	14,2	34,0	1,1	100,0	3 112
Province (Faritany)						
Antananarivo	47,5	19,0	32,4	1,0	100,0	1 142
Fianarantsoa	47,0	10,0	41,9	1,1	100,0	919
Toamasina	45,9	12,2	40,2	1,8	100,0	533
Mahajanga	54,1	14,7	30,0	1,2	100,0	536
Toliary	55,6	10,7	31,9	1,7	100,0	520
Antsiranana	46,0	21,3	32,3	0,5	100,0	244
Niveau d'instruction						
Aucun	57,4	9,5	31,6	1,5	100,0	906
Primaire	48,8	14,9	35,2	1,1	100,0	2 170
Secondaire ou supérieur	40,4	18,4	39,8	1,4	100,0	817
Ensemble des naissances	49,1	14,4	35,3	1,2	100,0	3 893

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-35 mois précédant l'enquête.



9.1.4 Lieu d'accouchement

L'accouchement à domicile (65 %) est beaucoup plus fréquent que dans les établissements sanitaires (tableau 9.4). Ce pourcentage est en nette progression par rapport à 1992 (54 %).

La fréquence des accouchements en établissement est liée à la proximité des infrastructures sanitaires, ce qui explique leur plus grande fréquentation en milieu urbain (40 %) contre 33 % en milieu rural). Cette variation est toutefois assez faible, comparée à l'incidence du niveau d'instruction de la mère. Seulement 22 % des non instruites accouchent en établissement contre 49 % des femmes de niveau secondaire ou plus.

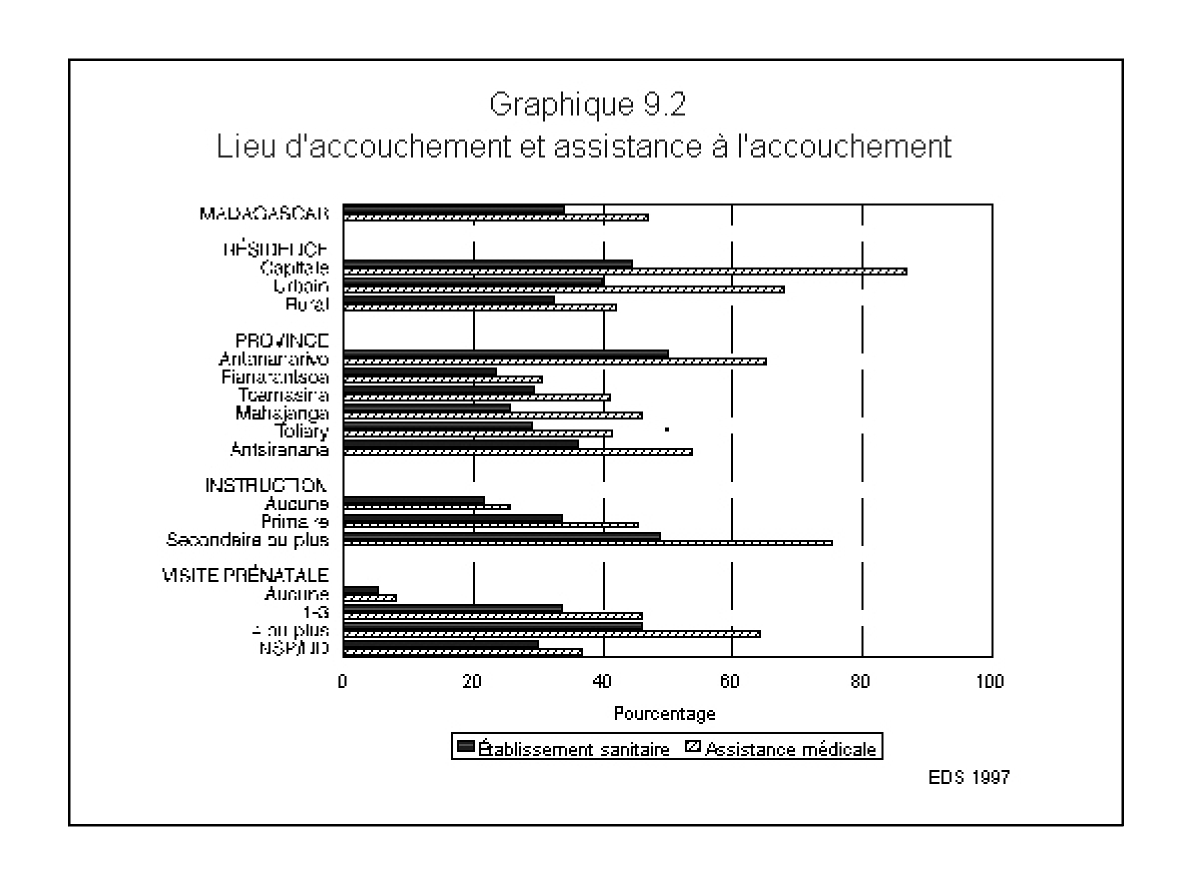
Les provinces de Fianarantsoa et de Mahajanga (graphique 9.2) ont les taux d'accouchement à domicile les plus élevés (75 % et 73 %). Le lieu de naissance dépend étroitement du type de suivi des grossesses : seulement 5 % des femmes n'ayant eu aucune visite prénatale accouchent en établissement; celles qui en ont effectué 4 ou plus y accouchent dans 46 % des cas (tableau 9.4).

Tableau 9.4 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Établis-sement sanitaire	À la maison	Autre/ ND	Total	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance					
< 20	33,9	65,0	1,2	100,0	841
20-34	34,1	64,9	1,0	100,0	2 531
35 ou plus	35,0	64,2	0,9	100,0	521
Rang de naissance					
1	42,0	56,9	1,1	100,0	864
2-3	34,8	63,9	1,3	100,0	1 239
4-5	29,5	69,5	1,0	100,0	806
6 ou plus	30,3	69,0	0,7	100,0	983
Milieu de résidence					
Capitale	44,8	52,5	2,8	100,0	161
Autres villes	38,9	60,0	1,1	100,0	619
Ensemble urbain	40,1	58,5	1,4	100,0	781
Rural	32,7	66,4	0,9	100,0	3 112
Province (Faritany)					
Antananarivo	50,3	49,2	0,5	100,0	1 142
Fianarantsoa	23,8	75,0	1,1	100,0	919
Toamasina	29,7	69,3	1,0	100,0	533
Mahajanga	26,0	72,7	1,3	100,0	536
Toliary	29,1	68,9	2,0	100,0	520
Antsiranana	36,4	63,3	0,2	100,0	244
Niveau d'instruction					
Aucun	21,8	76,8	1,4	100,0	906
Primaire	33,8	65,2	1,0	100,0	2 170
Secondaire ou supérieur	48,9	50,5	0,6	100,0	817
Visites prénatales					
Aucune	5,4	94,1	0,5	100,0	623
1 à 3	33,8	65,8	0,3	100,0	1 644
4 ou plus	46,3	53,1	0,5	100,0	1 545
NSP/ND	30,2	40,7	29,1	100,0	81
Ensemble des naissances	34,2	64,8	1,0	100,0	3 893

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-35 mois précédant l'enquête.



9.1.5 Assistance lors de l'accouchement

Moins de la moitié des naissances ont été assistées (tableau 9.5) par des personnes qualifiées (47 %), chiffre là aussi en nette régression par rapport à l'enquête de 1992 (57 %). Seul progrès observé, parmi ces accouchements, l'assistance effectuée par des médecins (12 % au lieu de 8 %) est en augmentation (graphique 9.3). Un constat analogue avait été fait pour les consultations prénatales.

Ce sont surtout les naissances de premier rang (57 %), celles issues des mères âgées de plus de 35 ans (49 %) et des femmes de la capitale (87 %) qui sont les mieux assistées.

Il faut remarquer que le rôle des accoucheuses traditionnelles tend de fait à augmenter. En effet, 39 % des naissances ont été assistées par ces dernières (31 % en 1992). Elles interviennent surtout en milieu rural (43 %), auprès des femmes sans instruction (50 %) et auprès de celles qui n'ont pas été suivies au cours de leur grossesse (64 %).

Peu de femmes accouchent seules (1 %). En revanche, une part non négligeable d'entre elles (12 %) bénéficient de l'aide de personnes non qualifiées (parents, amis). Sur ce point, la situation n'a pas changé depuis l'enquête précédente.

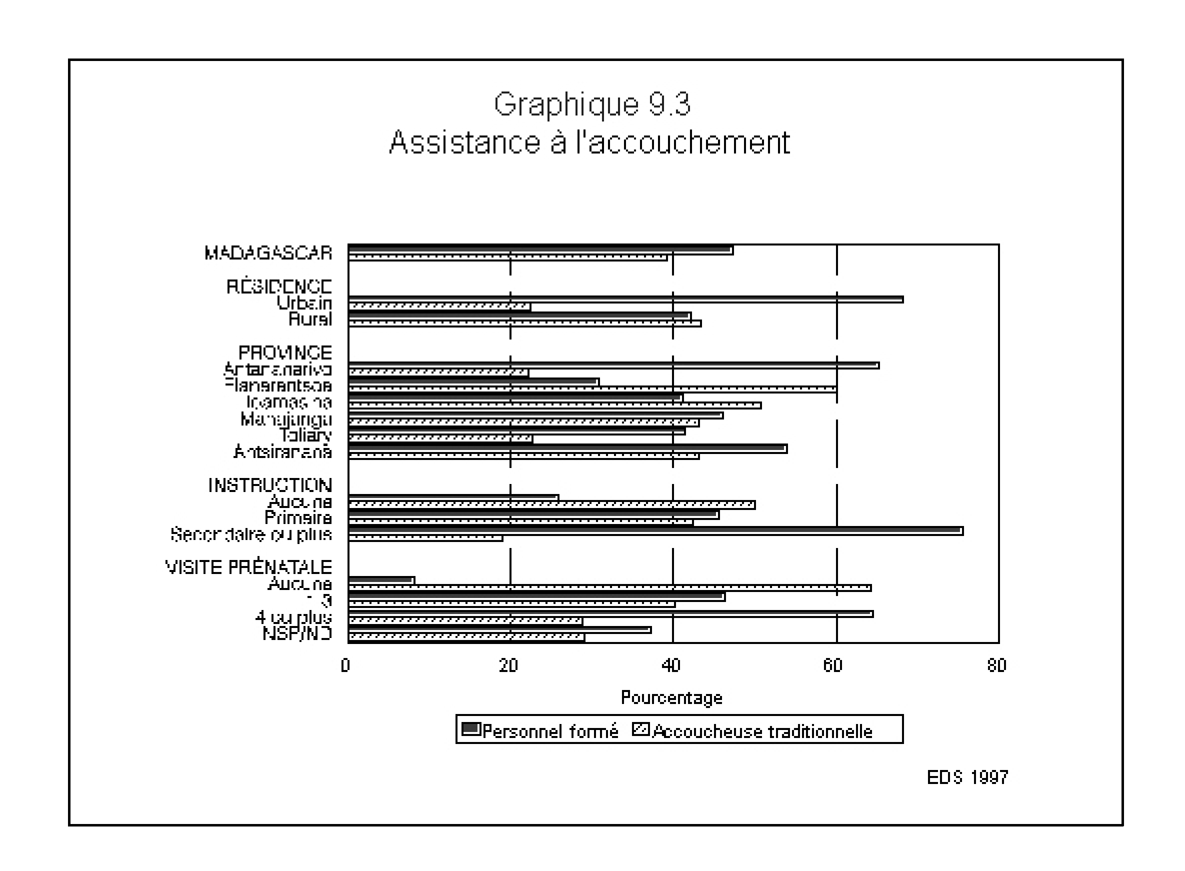
Dans les provinces de Fianarantsoa (60 %) et de Toamasina (51 %), le recours aux accoucheuses traditionnelles est plus fréquent par comparaison avec les autres provinces.

Tableau 9.5 Assistance lors de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête par type d'assistance lors de l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Médecin	Infirmière/ Sage-femme	Ensemble personnel formé	Accou-cheuse tradition-nelle	Parents/ Autres	Personne	NSP/ND	Total	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance									
< 20	9,8	35,0	44,8	43,2	11,3	0,3	0,4	100,0	841
20-34	12,7	35,1	47,8	38,6	11,8	1,2	0,6	100,0	2 531
35 ou plus	15,2	33,9	49,1	35,9	10,8	3,3	0,9	100,0	521
Rang de naissance									
1	13,7	43,0	56,7	34,7	7,9	0,1	0,6	100,0	864
2-3	12,6	35,4	48,0	39,6	10,8	0,9	0,7	100,0	1 239
4-5	11,4	30,4	41,9	42,6	14,7	0,3	0,5	100,0	806
6 ou plus	11,9	30,7	42,7	40,1	13,3	3,5	0,5	100,0	983
Milieu de résidence									
Capitale	22,7	64,4	87,1	8,6	1,2	0,3	2,8	100,0	161
Autres villes	5,7	57,7	63,5	26,2	8,2	1,3	0,9	100,0	619
Ensemble urbain	9,2	59,1	68,3	22,5	6,8	1,1	1,3	100,0	781
Rural	13,2	28,8	42,1	43,4	12,8	1,3	0,4	100,0	3 112
Province (Faritany)									
Antananarivo	25,6	39,8	65,3	22,2	10,2	1,9	0,4	100,0	1 142
Fianarantsoa	6,4	24,4	30,7	60,0	7,8	0,8	0,6	100,0	919
Toamasina	6,6	34,6	41,2	50,7	6,6	1,0	0,4	100,0	533
Mahajanga	6,5	39,6	46,1	43,0	9,3	0,9	0,8	100,0	536
Toliary	7,0	34,5	41,5	22,6	33,1	1,7	1,1	100,0	520
Antsiranana	11,3	42,5	53,9	43,0	2,7	0,5	0,0	100,0	244
Niveau d'instruction									
Aucun	5,3	20,7	26,0	50,0	21,1	2,1	0,8	100,0	906
Primaire	13,6	32,0	45,6	42,4	10,2	1,3	0,5	100,0	2 170
Secondaire ou supérieur	17,2	58,3	75,5	19,1	4,7	0,2	0,6	100,0	817
Visites prénatales									
Aucune	3,1	5,2	8,3	64,2	24,3	3,2	0,0	100,0	623
1 à 3	12,6	33,8	46,4	40,1	12,4	1,2	0,0	100,0	1 644
4 ou plus	16,1	48,5	64,6	28,8	6,0	0,6	0,0	100,0	1 545
NSP/ND	11,4	25,7	37,1	29,2	4,7	1,4	27,6	100,0	81
Ensemble des naissances	12,4	34,9	47,3	39,2	11,6	1,3	0,6	100,0	3 893

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-35 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont assisté l'accouchement, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.



Graphique 9.3
Assistance à l'accouchement

9.1.6 Caractéristiques de l'accouchement : césarienne, poids et taille à la naissance

La proportion de naissances qui ont eu lieu par césarienne est inférieure à 1 % (0,6 %) durant la période de 3 ans ayant précédé l'enquête. Le pourcentage est nettement plus fort dans la capitale (5 %) par rapport au milieu rural (0,3 %) qui ne dispose pas toujours des services compétents nécessaires. Par rapport aux femmes plus jeunes, celles âgées de plus de 35 ans ont un peu plus fréquemment recours à cette opération (tableau 9.6).

D'après les résultats du tableau 9.6, la majorité des enfants (64 %) n'ont pas été pesés à la naissance. La proportion est plus élevée en milieu rural (68 %), parmi les naissances de rang 6 et plus (69 %) ou parmi celles de mères sans instruction (80 %). Pour 34 % des enfants, on a pu enregistrer le poids à la naissance : parmi ces derniers, 29 % avaient un poids égal ou supérieur à 2 500 grammes alors qu'environ un enfant sur sept (5 % des enfants dont on connaît le poids) pesait moins de 2 500 grammes et était donc de faible poids.

Tableau 9.6 Caractéristiques de l'accouchement : césariennes et poids à la naissance

Parmi les naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, pourcentage de césariennes et répartition (en %) des naissances par poids à la naissance, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Accouchement par césarienne	Poids à la naissance				Total	Effectif de naissances
		<2,5 kg	2,5 kg ou +	Pas pesé a la naissance	NSP/ ND		
Âge de la mère à la naissance							
Moins de 20	0,6	6,2	24,6	66,9	1,9	100,0	841
20-34	0,6	4,1	30,4	63,2	1,6	100,0	2 531
35 ou plus	1,1	4,4	28,7	64,0	2,0	100,0	521
Rang de naissance							
1	0,7	7,2	33,6	56,3	2,3	100,0	864
2-3	0,6	3,8	30,8	62,7	1,8	100,0	1 239
4-5	0,7	4,1	25,5	68,4	1,3	100,0	806
6 ou plus	0,5	3,7	25,3	69,2	1,3	100,0	983
Milieu de résidence							
Capitale	4,9	8,9	56,7	31,3	0,0	100,0	161
Autres villes	1,5	6,0	37,0	52,9	3,0	100,0	619
Ensemble urbain	2,2	6,6	41,1	48,4	2,4	100,0	781
Rural	0,3	4,1	25,9	68,0	1,5	100,0	3 112
Province (Faritany)							
Antananarivo	0,8	5,6	41,7	50,0	2,0	100,0	1 142
Fianarantsoa	0,0	3,7	21,4	73,2	1,1	100,0	919
Toamasina	0,7	4,2	26,4	68,3	0,7	100,0	533
Mahajanga	0,0	3,3	21,1	73,5	1,4	100,0	536
Toliary	2,1	5,2	23,1	65,8	4,4	100,0	520
Antsiranana	0,5	5,9	32,0	61,9	0,2	100,0	244
Niveau d'instruction							
Aucun	0,1	3,7	13,0	79,8	2,7	100,0	906
Primaire	0,7	4,2	26,6	67,1	1,3	100,0	2 170
Secondaire ou supérieur	1,1	6,5	52,6	38,6	1,6	100,0	817
Ensemble	0,6	4,6	28,9	64,1	1,7	100,0	3 893

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-35 mois précédant l'enquête.

À la question très subjective de la *grosseur* de leur bébé à la naissance, 73 % des mères ont déclaré qu'il était moyen ou gros, dans 13 % des cas, elles ont déclaré qu'il était plus petit que la moyenne et dans, également, 13 % des cas, elles ont déclaré qu'il était très petit (tableau 9.7).

La perception de la mère de la *grosseur* de son enfant à la naissance est liée à l'âge de la mère, au rang de naissance, au milieu de résidence et au niveau d'instruction. En effet, la proportion des enfants *très petits* est plus élevée lorsque la mère est très jeune (16 % pour les moins de 20 ans), d'où leur part importante parmi les naissances de premier rang (16 %). Les enfant *très petits* sont plus souvent issus du milieu rural (14 %) que du milieu urbain (12 %). Par ailleurs, Toliary se démarque des autres provinces avec une proportion de 20 % d'enfants *très petits* à la naissance.

Tableau 9.7 Caractéristiques de l'accouchement : grosseur à la naissance

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, selon l'estimation par la mère de la grosseur de l'enfant à la naissance, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Grosseur de l'enfant à la naissance: Très petit	Plus petit que moyenne	Moyen ou gros	NSP/ND	Total	Effectif
Âge à la naissance						
< 20	16,1	13,9	69,1	0,8	100,0	841
20-34	12,5	13,1	73,3	1,1	100,0	2 531
35+	13,3	11,0	74,5	1,1	100,0	521
Rang de naissance						
1	15,8	13,1	70,0	1,0	100,0	864
2-3	11,2	13,1	74,8	1,0	100,0	1 239
4-5	14,1	12,4	72,3	1,1	100,0	806
6+	13,3	13,3	72,3	1,1	100,0	983
Milieu de résidence						
Capitale	12,6	10,4	73,6	3,4	100,0	161
Autres villes	11,9	13,8	73,1	1,3	100,0	619
Ensemble urbain	12,0	13,1	73,2	1,7	100,0	781
Rural	13,7	13,0	72,4	0,9	100,0	3 112
Province (Faritany)						
Antananarivo	12,0	11,5	75,1	1,4	100,0	1 142
Fianarantsoa	15,0	10,2	73,8	1,0	100,0	919
Toamasina	11,4	12,5	75,7	0,4	100,0	533
Mahajanga	9,6	15,3	74,1	1,0	100,0	536
Toliary	19,6	18,5	60,5	1,4	100,0	520
Antsiranana	13,4	14,7	71,6	0,2	100,0	244
Niveau d'instruction						
Aucun	16,4	16,6	66,1	0,9	100,0	906
Primaire	12,7	13,0	73,3	1,1	100,0	2 170
Secondaire ou supérieur	11,7	9,2	78,0	1,1	100,0	817
Ensemble	13,4	13,0	72,6	1,0	100,0	3 893

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-35 mois précédant l'enquête.

9.1.7 Complications lors de l'accouchement

Dans plus de deux tiers des cas (67 %) les femmes enquêtées n'ont pas eu de complications pendant l'accouchement. Le travail prolongé (22 %), le saignement excessif (16 %) sont, d'après les déclarations des femmes, les principales complications liées à l'accouchement (tableau 9.8).

Tableau 9.8 Complications lors de l'accouchement

Pourcentage de naissances survenues au cours des 3 années ayant précédé l'enquête à la suite d'un accouchement avec complications, selon le type de soins prénatals, l'assistance à l'accouchement et les conditions de l'accouchement, EDS Madagascar 1997

	Complications à l'accouchement					
Soins prénatals et assistance à l'accouchement	Travail prolongé	Saignements excessifs	Infection vaginale	Convulsions	Aucune	Effectif de naissances
Soins et assistance	25,9	17,0	7,4	1,9	63,2	1 788
Soins prénatals	17,6	14,9	7,2	2,2	71,5	1 201
Assistance à l'accouchement	28,4	17,4	9,6	4,9	60,7	76
Ni prénatal, ni assistance	20,5	15,4	8,0	1,9	69,1	828
Décès néonatal	32,9	32,4	18,7	3,1	47,7	95
Ensemble	22,2	16,0	7,5	2,1	67,0	3 893

9.2 VACCINATION

Trois défis majeurs ont été lancés par l'ensemble des pays de la planète en matière de vaccination pour réduire la mortalité infantile d'ici l'an 2000, à savoir :

- l'éradication de la poliomyélite;
- l'élimination du tétanos néonatal;
- le contrôle de la rougeole.

La principale stratégie adoptée à Madagascar pour les réaliser consiste à administrer à tout enfant, avant son premier anniversaire, les vaccins suivants : le BCG, le vaccin anti-rougeoleux, trois doses de DTCoq et quatre doses de vaccin anti-poliomyélitique oral (VPO) selon un calendrier bien déterminé.

Dans le cadre de l'EDS97, les informations sont collectées sur l'état vaccinal de l'enfant âgé de 12 à 23 mois, à partir d'un carnet ou carte de vaccination ou à défaut, à partir de la déclaration de la mère. La moitié des enfants enquêtés ont eu un carnet ou une carte de vaccination. Pour l'autre moitié, l'enquêteur était obligé de s'en tenir aux déclarations de la mère. D'après le tableau 9.9, 66 % des enfants ont été vaccinés contre le BCG et 64 % l'ont été avant l'âge d'un an, chiffres en diminution sensible par rapport à 1992, soit respectivement 75 % et 69 %.

Un peu moins de la moitié des enfants ont reçu les 3 doses réglementaires de VPO ou de DTCoq (48 % dans les deux cas). Bien que la couverture vaccinale soit identique pour la première dose de ces deux

vaccins, les taux de déperdition[1] entre la 1ere et la 3e doses accusent une différence très significative : 29 % pour le DTCoq contre 38 % pour le VPO. Cette discordance peut être expliquée par :

- soit des problèmes d'enregistrement au niveau des centres de vaccination qui font que les deux vaccins qui sont normalement administrés de façon simultanée, ne sont pas tous inscrits sur le carnet;

- soit par le fait que les deux vaccins ne sont pas administrés simultanément en raison de ruptures de stocks, elles-mêmes liées à une mauvaise estimation des besoins en vaccins.

Moins de la moitié des enfants (46 %) ont reçu le vaccin anti-rougeoleux qui peut-être considéré comme le dernier contact vaccinal avant que l'enfant n'atteigne 1 an; cette proportion est très proche de celle des enfants ayant reçu la dernière dose de DTCoq et de VPO (48 %). On remarque que la couverture vaccinale contre la rougeole est également en déclin par rapport à 1992 (46 % contre 54 %).

Seulement 36 % des enfants ont reçu tous les vaccins recommandés par le PEV (43 % en 1992) mais seuls 31 % avant l'âge d'un an. À l'opposé, un enfant sur quatre (25 %) n'a reçu aucun vaccin avant l'âge d'un an et 20 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucune vaccin.

Tableau 9.9 Vaccinations selon les sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccination spécifique, quel que soit l'âge à la vaccination, selon que l'information provienne d'une carte de vaccination ou de la déclaration de la mère, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, EDS Madagascar 1997

		DTCoq			Polio							
Source d'information	BCG	1	2	3	0	1	2	3	Rou-geole	Tous vaccins	Aucun	Effectif d'enfants
Vaccinés à n'importe quel âge avant l'enquête												
Selon la carte de vaccination	45,0	47,9	44,2	38,6	14,8	48,1	44,2	38,7	34,1	30,1	0,0	601
Selon la déclaration de la mère	21,0	19,8	15,9	9,8	4,0	28,7	19,4	9,0	11,9	6,1	19,5	608
Selon les deux sources	66,0	67,7	60,1	48,4	18,8	76,8	63,6	47,7	46,0	36,2	19,5	1 209
Vaccinés avant l'âge de 12 mois	63,8	65,0	57,3	45,7	17,4	73,3	60,5	44,9	39,0	30,6	24,5	1 209

Note : On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio. Chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, on a supposé que la proportion de vaccins reçus durant leur première année était la même que chez ceux ayant une carte de vaccination.

Dans l'ensemble, on observe une nette diminution de la couverture vaccinale par rapport aux données de l'ENDS de 1992 comme le montre le graphique 9.4. Ceci est dû notamment à :

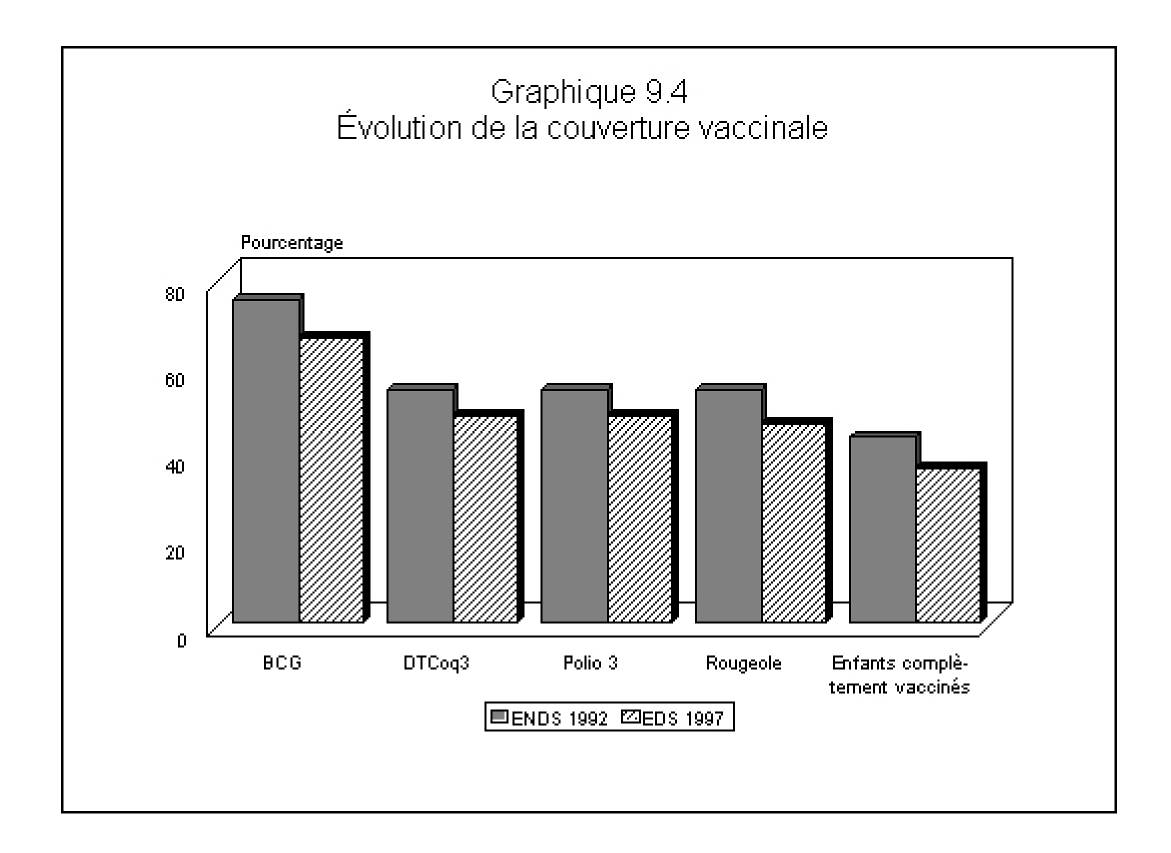
- un changement marqué en matière de politique de vaccination, limitant le nombre de séances de vaccination afin d'éviter le gaspillage en vaccins, mais créant ainsi de multiples occasions manquées;

[1] Le taux de déperdition est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose d'un vaccin, ne reçoivent pas la dernière.

- l'insuffisance de supervision de qualité au niveau des centres de vaccination;

- la non-intégration des soins au niveau des centres de santé;

- l'insuffisance de l'information/éducation et communication des communautés, due notamment à l'absence de stratégies de communication ainsi qu'au faible niveau des agents de santé en la matière.



Le sexe de l'enfant n'interfère pas sur la couverture vaccinale (tableau 9.10). Toutefois, cette couverture diminue au fur et à mesure que le rang de l'enfant dans la fratrie augmente. Plus la famille est nombreuse, et moins les mères semblent accorder de soins et d'attention aux enfants.

La couverture vaccinale est nettement plus élevée chez les enfants habitant, en général, les villes et, en particulier, la capitale. En effet, si le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins du PEV est de 66 % dans la capitale, il n'est plus que de 46 % en milieu urbain et seulement de 34 % en milieu rural (graphique 9.5).

La couverture vaccinale est mieux assurée dans la province d'Antananarivo : le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins du PEV y est de 63 %. Cette province est suivie de loin par celle de Toamasina (42 %). Loin derrière, viennent les provinces de Fianarantsoa et de Mahajanga avec un taux de 19 %. La classification des provinces selon leurs performances en matière de vaccination reste inchangée par rapport aux résultats de l'ENDS 1992. Signalons que les résultats de l'ENDS 1992 ont conduit les responsables nationaux à définir des stratégies d'appui au niveau provincial, à savoir :

Tableau 9.10 Vaccinations selon les caractéristiques socio-démographiques

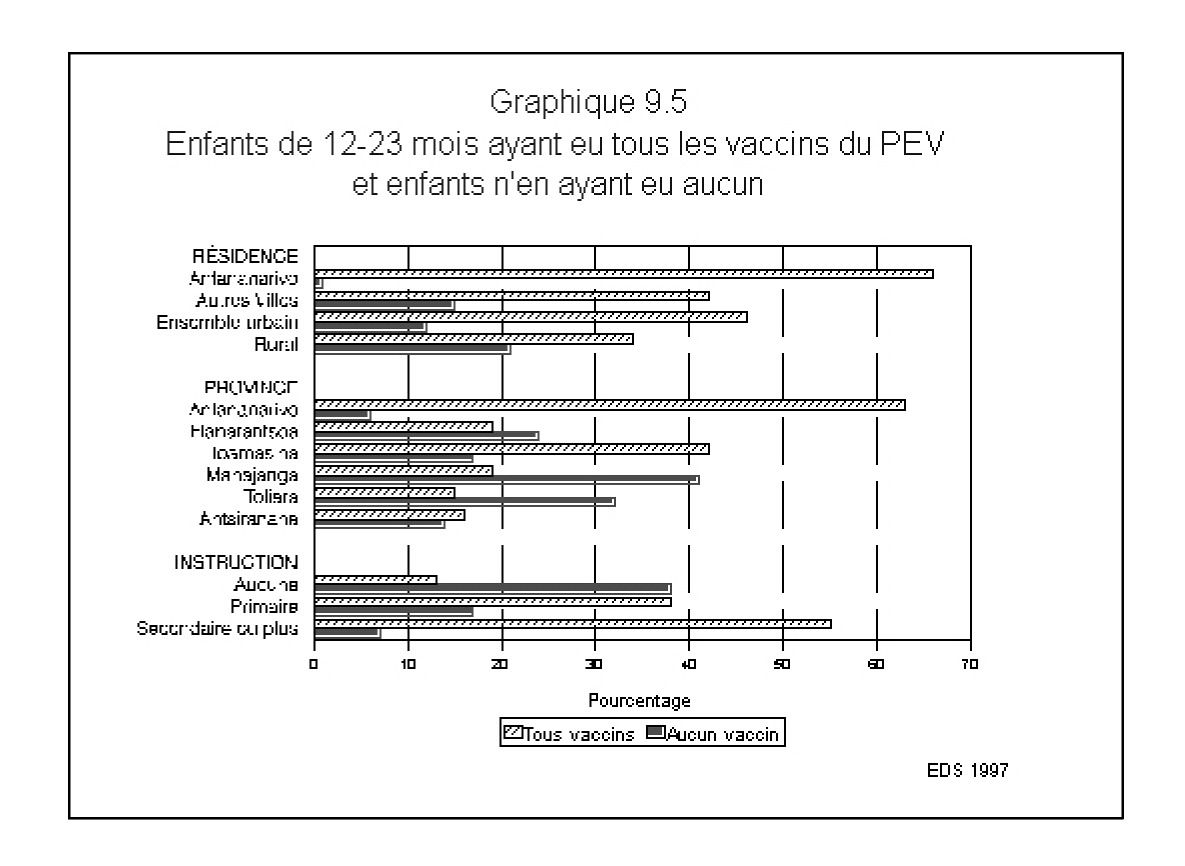
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccination spécifique (selon la carte de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage de ceux pour lesquels une carte de vaccination a été présentée à l'enquêtrice, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Toutes[1]	Aucune	Pourcentage avec carte de vaccination	Effectif d'enfants
Sexe													
Masculin	64,2	66,0	59,5	48,3	17,8	75,4	62,9	47,6	47,4	37,6	21,4	50,7	606
Féminin	67,7	69,4	60,7	48,5	19,9	78,2	64,3	47,9	44,5	34,8	17,7	48,7	603
Rang de naissance													
1	74,7	77,9	69,2	53,0	23,3	84,2	70,3	52,8	53,5	40,9	12,4	53,2	253
2-3	65,9	67,0	58,2	48,5	17,3	74,3	62,4	48,2	43,0	34,3	20,9	50,0	381
4-5	62,1	60,1	56,7	46,0	14,0	73,4	58,7	44,5	45,9	35,7	22,2	46,6	244
6 ou plus	62,2	66,4	57,8	46,7	20,7	76,5	63,5	45,7	43,7	35,2	21,4	49,0	330
Milieu de résidence													
Capitale	96,0	95,0	89,1	80,2	18,8	98,0	90,1	77,2	79,2	66,3	1,0	54,5	50
Autres villes	76,4	75,4	67,4	54,1	25,1	79,9	68,4	54,3	56,4	41,6	15,2	57,9	206
Ensemble urbain	80,3	79,3	71,7	59,2	23,9	83,4	72,6	58,8	60,8	46,4	12,4	57,3	256
Rural	62,1	64,6	57,0	45,5	17,5	75,0	61,2	44,8	42,0	33,5	21,4	47,6	953
Province (Faritany)													
Antananarivo	87,7	87,9	84,2	75,7	23,1	93,1	86,5	74,9	70,8	63,2	6,4	65,4	402
Fianarantsoa	52,4	59,5	51,2	35,2	16,0	69,4	53,8	32,5	31,8	19,4	23,8	40,4	258
Toamasina	71,3	72,0	61,9	55,8	20,0	76,8	66,0	55,8	52,2	42,0	17,2	61,9	168
Mahajanga	49,8	49,8	41,0	24,1	10,7	55,0	40,2	24,4	33,2	19,0	40,5	31,4	141
Toliary	45,3	43,7	36,1	23,3	18,6	63,7	44,1	24,9	23,4	15,0	32,0	29,2	163
Antsiranana	60,3	64,0	46,4	32,6	18,7	84,7	56,3	30,9	21,9	15,6	13,8	49,1	77
Niveau d'instruction													
Aucun	40,7	43,3	35,1	24,5	10,2	58,3	39,7	24,3	20,9	13,3	37,5	31,2	275
Primaire	68,7	70,5	63,2	50,8	19,7	79,6	66,8	50,2	48,9	38,3	16,9	52,8	673
Secondaire ou supérieur	85,5	86,1	78,5	67,5	25,5	89,1	80,5	66,1	64,9	55,1	7,4	61,1	261
Ensemble des enfants	66,0	67,7	60,1	48,4	18,8	76,8	63,6	47,7	46,0	36,2	19,5	49,7	1 209

Note : On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carte de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.
[1] Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les trois doses de DTCoq et de polio, non compris polio 0).

- le renforcement des activités de vaccination dans la zone est constituée par les provinces d'Antananarivo, de Toamasina et de Fianarantsoa où la couverture vaccinale s'est avérée meilleure par rapport aux trois autres;

- la relance des activités de vaccination par la programmation de Journées Locales de Vaccination, l'intensification de la supervision et l'organisation de campagnes de mobilisation sociale, dans les 3 autres provinces.



On note également que la couverture vaccinale varie positivement avec le niveau d'instruction des mères. En effet, le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins du PEV est de 55 % si la mère a un niveau secondaire ou supérieur et il est seulement de 13 % si la mère n'a aucune instruction. De plus, 38 % des enfants des femmes n'ayant aucune instruction ne sont pas vaccinés contre 7 % seulement chez celles qui ont un niveau secondaire ou supérieur (graphique 9.5).

9.3 MALADIES DES ENFANTS

Au cours de cette enquête, des informations relatives aux Infections Respiratoires Aiguës (IRA), à la fièvre et à la diarrhée ont été collectées. Précisons que la période de l'enquête qui se situe de septembre à mi-décembre 1997, coïncide avec la transition entre saison fraîche et sèche et celle chaude et humide, favorable à la transmission des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës.

9.3.1 Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës

Les infections respiratoires aiguës, l'une des principales causes de mortalité des enfants dans les pays en développement, sont diagnostiquées à l'aide de deux symptômes : la toux et la respiration courte et rapide. Ces renseignements ont été recueillis auprès des femmes ayant eu des enfants de moins de 3 ans lors de l'enquête. Ils se rapportent à la période des deux semaines précédant l'enquête. Le tableau 9.11 montre que 24 % des enfants de moins de 3 ans ont souffert de toux et respiration courte et rapide. Ce taux est nettement plus élevé par rapport à celui observé dans l'ENDS 1992 (16 %). La comparaison est cependant difficile dans la mesure où, lors de la première enquête, la question portait sur les enfants de moins de 5 ans. La saison de collecte n'était pas non plus la même (mai à novembre).

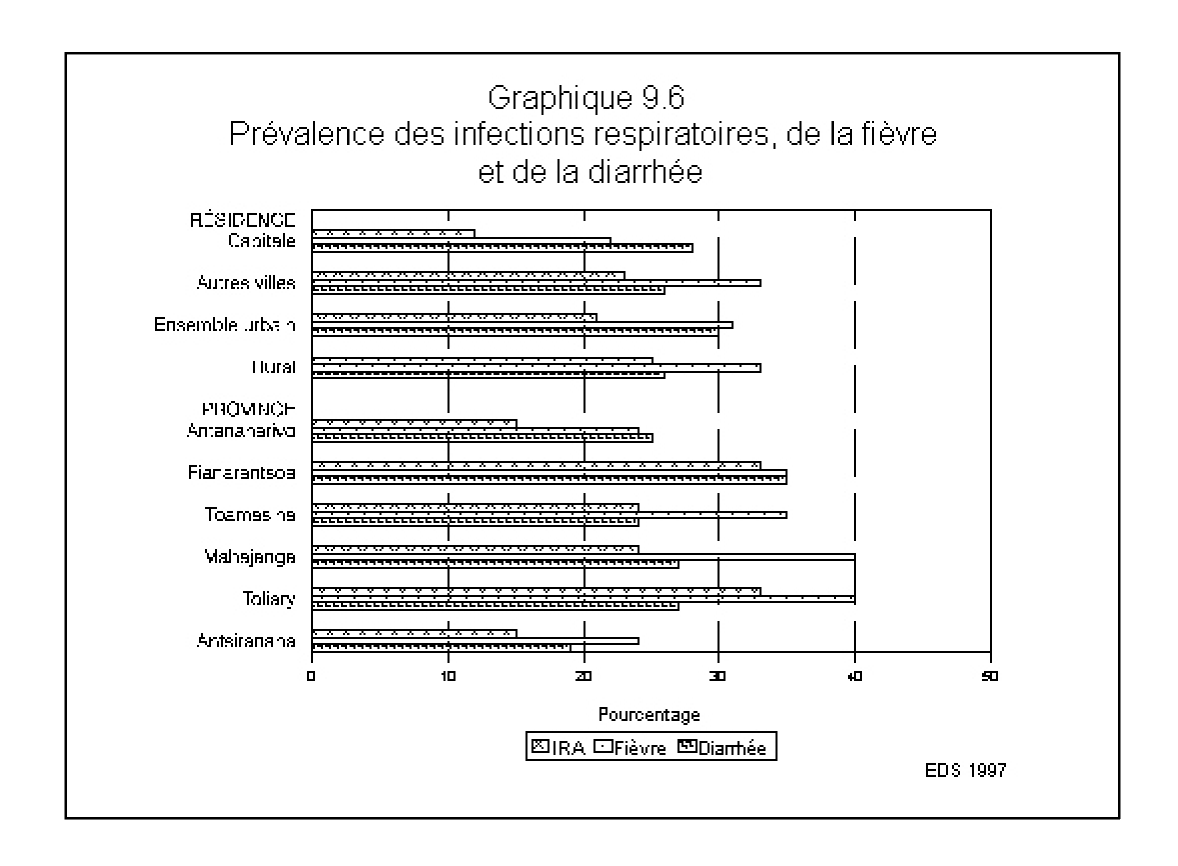
Tableau 9.11 Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës et de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de trois ans qui ont eu de la fièvre et pourcentage de ceux qui ont souffert de toux et de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Infections respiratoires aiguës (IRA)			
Caractéristique	Pourcentage d'enfants avec toux et respiration courte et rapide	Parmi les enfants avec IRA, % menés en consultation	Pourcentage d'enfants ayant eu la fièvre	Effectif d'enfants
Âge de l'enfant				
< 6 mois	22,3	29,5	25,7	669
6-11 mois	28,9	41,8	36,2	611
12-23 mois	25,0	36,7	36,3	1 209
24-35 mois	20,8	37,1	29,1	1 048
Sexe				
Masculin	23,9	35,0	32,8	1 763
Féminin	23,9	38,2	31,6	1 774
Rang de naissance				
1	22,9	40,1	30,2	772
2-3	23,6	41,5	31,9	1 138
4-5	25,3	35,5	34,0	739
6 ou plus	23,9	28,4	32,7	888
Milieu de résidence				
Capitale	12,3	50,0	22,2	145
Autres villes	23,4	45,1	32,8	559
Ensemble urbain	21,1	45,7	30,6	704
Rural	24,6	34,7	32,6	2 833
Province (Faritany)				
Antananarivo	15,2	42,2	23,6	1 064
Fianarantsoa	32,7	34,8	35,1	810
Toamasina	23,5	44,2	35,1	480
Mahajanga	24,2	37,7	39,9	477
Toliary	32,6	31,2	40,0	474
Antsiranana	15,4	19,8	23,6	233
Niveau d'instruction				
Aucun	27,2	27,4	34,8	804
Primaire	24,2	36,1	31,9	1 972
Secondaire ou supérieur	19,8	51,5	30,1	761
Ensemble des enfants	23,9	36,6	32,2	3 537

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-35 mois précédant l'enquête.

L'infection respiratoire aiguë est particulièrement fréquente chez les enfants de 6 à 11 mois (29 %). Les différences selon le sexe et le rang de naissance ne semblent pas significatives. Par contre, l'infection respiratoire aiguë est plus fréquemment observée chez les enfants du milieu rural (25 %) que chez ceux vivant en milieu urbain en général (21 %) et dans la capitale (12 %) en particulier. On note également d'importantes variations selon les provinces. En effet, les provinces de Fianarantsoa et de Toliary viennent en tête avec une prévalence de 33 %. Les prévalences les plus basses sont observées à Antsiranana et à Antananarivo où elles se situent autour de 15 % (graphique 9.6).



Graphique 9.6
Prévalence des infections respiratoires, de la fièvre
et de la diarrhée

Le niveau d'instruction de la mère joue également un rôle important dans la prévalence de l'infection respiratoire aiguë. Les résultats de l'EDS 1997 indiquent ainsi que la prévalence diminue si le niveau d'instruction de la mère augmente.

Parmi les enfants ayant présenté des symptômes d'IRA, 37 % ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical pour traitement ou conseil et la fréquence des consultations diffère selon les caractéristiques socio-démographiques de l'enfant et de la mère. Ainsi, plus de 40 % des enfants de rangs 1 à 3 ont fait l'objet de consultation contre seulement 28 % des enfants de rangs 6 ou plus; 50 % des enfants vivant dans la Capitale contre seulement 35 % de ceux vivant en milieu rural; et 52 % de ceux dont la mère a un niveau d'instruction, au moins, secondaire, contre 27 % de ceux dont la mère est sans instruction.

9.3.2 Prévalence de la fièvre

La prévalence de la fièvre est de 32 % selon les résultats de l'enquête. Elle est en augmentation par rapport à ce qui a été observé lors de l'ENDS 1992 (27 %). La notion de variation saisonnière explique cette différence. Les variations sont surtout liées au lieu de résidence de l'enfant. En effet, la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de trois ans est relativement élevée en milieu rural (33 %) alors qu'elle n'est que de 22 % dans la capitale. Des variations sont également observées selon les provinces. La prévalence la plus élevée est observée à Toliary (40 %) et la plus faible à Antananarivo et à Antsiranana (24 %).

9.3.3 Prévalence et traitement de la diarrhée

Les maladies diarrhéiques constituent l'une des premières causes de morbidité et de mortalité infantiles dans les pays en développement. Au cours de la présente enquête, on a demandé aux mères d'enfants de moins de trois ans si ces derniers avaient eu la diarrhée lors des 2 semaines précédentes,

comment cet épisode de maladie avait été traité et quel avait été le mode d'alimentation durant la maladie. En outre, on a demandé à toutes les mères d'enfants de moins de trois ans si elles connaissaient les Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO) et les pratiques alimentaires adéquates durant les épisodes diarrhéiques.

Les résultats du tableau 9.12 indiquent que 27 % des enfants de moins de 3 ans ont eu au moins un épisode de diarrhée au cours des 2 dernières semaines et 4 % avec présence de sang dans les selles. Ces taux sont nettement plus élevés que ceux observés dans l'ENDS de 1992 qui indiquait une prévalence de 12 % avec seulement 2 % de cas avec sang dans les selles. Il s'agissait alors des enfants de moins de 5 ans mais, à groupe d'âge identique, toutes les fréquences sont en augmentation. Cette grande différence est due sûrement au facteur saisonnier d'une part, et à une plus grande dégradation de l'assainissement notamment en milieu urbain.

La fréquence de la diarrhée est liée aux facteurs suivants :

- l'âge de l'enfant : elle est la plus élevée chez les enfants des groupes d'âges 6-11 mois et 12-23 mois (33 %) en raison des problèmes liés à l'alimentation, notamment à l'introduction du sevrage; chez les enfants de moins de 6 mois, elle est de 15 % ;

- le milieu de résidence : elle est plus élevée en milieu urbain (30 %) qu'en milieu rural (26 %), en raison des problèmes d'assainissement et d'hygiène environnementale qu'on y rencontre de plus en plus;

- les provinces : celles de Fianarantsoa et de Toliary arrivent en tête dans l'ordre de fréquence des épisodes de diarrhées avec des taux respectifs de 35 % et 27 %; des problèmes d'hygiène et de disponibilité en eau potable peuvent expliquer cette situation; la prévalence la moins élevée est observée à Antsiranana (19 %) (graphique 9.6);

Tableau 9.12 Prévalence de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de trois ans ayant eu la diarrhée et pourcentage de trois ayant eu la diarrhée avec présence de sang dans les selles durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Diarrhée durant les 2 semaines précédant l'enquête: Toute diarrhée	Diarrhée durant les 2 semaines précédant l'enquête: Avec sang dans selles	Effectif d'enfants
Âge de l'enfant (mois)			
< 6	15,3	0,9	669
6-11	32,9	3,2	611
12-23	32,6	4,4	1 209
24-35	24,8	5,9	1 048
Sexe			
Masculin	27,9	3,6	1 763
Féminin	26,2	4,3	1 774
Rang de naissance			
1	27,9	5,7	772
2-3	26,2	3,4	1 138
4-5	28,1	3,4	739
6 ou plus	26,5	3,7	888
Milieu de résidence			
Capitale	27,6	2,7	145
Autres villes	30,7	6,1	559
Ensemble urbain	30,0	5,4	704
Rural	26,3	3,6	2 833
Province (Faritany)			
Antananarivo	24,6	3,3	1 064
Fianarantsoa	34,7	5,4	810
Toamasina	23,8	2,6	480
Mahajanga	26,8	3,2	477
Toliary	27,2	5,7	474
Antsiranana	18,5	3,1	233
Niveau d'instruction			
Aucun	24,5	2,9	804
Primaire	27,7	4,4	1 972
Secondaire ou supérieur	28,1	4,2	761
Ensemble des enfants	27,1	4,0	3 537

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-35 mois précédant l'enquête.

- le niveau d'instruction des mères : contrairement à ce qui est observé dans les enquêtes effectuées dans les autres pays et même dans l'ENDS 1992, la prévalence de la diarrhée est plus élevée chez les enfants dont les mères ont atteint le niveau secondaire ou supérieur. Ceci s'explique par le fait que ces femmes résident le plus souvent dans les grandes villes où les conditions d'assainissement et d'hygiène de l'environnement laissent beaucoup à désirer.

La fréquence des diarrhées sanglantes (4 %) est dans l'ensemble également plus élevée par rapport aux résultats de l'ENDS 1992 (2 %). Ces diarrhées sanglantes sont surtout observées dans les grandes villes autres que la capitale où elles ont touché 6 % des enfants de moins de 3 ans contre 4 % en milieu rural (tableau 9.12).

La nouvelle conception de la Thérapie de Réhydratation Orale admise depuis 1993 comprend, en plus de l'augmentation de la ration de liquide, la continuation de l'allaitement maternel et le renforcement de l'alimentation.

Le tableau 9.13 montre que 45 % des femmes ayant eu un enfant au cours des 3 dernières années ont déclaré avoir entendu parler et connaître les sachets de SRO. Toutefois, ce taux passe de 23 % à 80 % selon que la mère n'a aucune instruction ou qu'elle a atteint au moins le niveau secondaire. Les mères habitant lacapitale connaissent les sachets de SRO (92 %) mieux que celles résidant dans les autres villes (62 %) et celles du milieu rural (39 %). Des variations importantes peuvent être aussi observées selon les provinces. Les femmes des provinces de Toamasina (57 %) et d'Antananarivo (54 %) viennent en tête dans la connaissance des sachets de SRO. Celles des provinces de Toliary (33 %) et de Fianarantsoa (32 %) sont beaucoup moins informées et la prévalence de la diarrhée est la plus élevée dans ces deux provinces par rapport aux quatre autres (35 % à Fianarantsoa et 27 % à Toliary). Les femmes de 25-29 ans (49 %) sont également mieux informées sur les sachets de SRO que les autres (tableau 9.13).

La nouvelle conception dans le traitement de la diarrhée, incluant le renforcement de l'alimentation de l'enfant et la continuation de l'allaitement maternel, ne semble pas encore complètement acquise par les mères. Le tableau 9.13 présente la répartition des mères selon leur connaissance des pratiques alimentaires (liquides, nourriture, allaitement maternel) à adopter en cas de diarrhée. Si 70 % des mères savent qu'il faut augmenter la quantité de liquides à donner à un enfant en cas de diarrhée, elles sont 17 % à penser qu'il faut la diminuer et 11 % qu'il faut donner toujours la même quantité. En ce qui concerne la quantité de nourriture, 15 % seulement des mères savent qu'il faut donner plus à manger à leur enfant malade; 57 % pensent qu'il faut diminuer la quantité de nourriture et 25 % pensent qu'il faut donner la même quantité. Par ailleurs, on constate que les femmes urbaines connaissent un peu mieux les bonnes pratiques alimentaires à adopter quand leurs enfants ont la diarrhée. En effet, 19 % des mères vivant dans la capitale pensent qu'il faut donner plus à manger aux enfants pendant la diarrhée contre 15 % pour celles habitant en milieu rural. L'âge des mères joue un rôle négatif dans leur connaissance en matière de pratique alimentaire en cas de diarrhée. 66 % des mères âgées de 35 ans et plus pensent qu'il faut réduire la quantité de nourriture de l'enfant lorsqu'il est atteint de diarrhée, contre 53 % pour le groupe d'âges 15-19 ans.

Parmi les enfants ayant eu la diarrhée les deux semaines précédant l'enquête, on remarque que 40 % ont été menés dans un établissement de santé; les enfants plus âgés semblent faire l'objet de plus de soins que leurs cadets. En effet, 22 % seulement des enfants de moins de 6 mois atteints de diarrhée ont été menés dans un établissement sanitaire contre 44 % pour le cas des enfants du groupe d'âges 24-35 mois. Le niveau d'instruction de la mère influe également sur le traitement de la diarrhée. Un peu plus de la moitié des cas de diarrhée (52 %) survenant chez les enfants dont la mère a reçu une instruction du niveau secondaire au moins, ont été menés dans un établissement sanitaire, contre seulement 31 % pour les enfants dont les mères n'ont reçu aucune instruction.

Tableau 9.13 Connaissance du traitement de la diarrhée

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des trois années ayant précédé l'enquête qui connaissent les sachets de SRO et les pratiques alimentaires adéquates durant les épisodes diarrhéiques, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Entendu parler des sachets de SRO	Liquides donnés pendant la diarrhée: Moins	Même quantité	Plus	NSP/ ND	Nourriture données pendant la diarrhée: Moins	Même quantité	Plus	NSP/ ND	Allaitement pendant la diarrhée du dernier enfant: Moins à têter	Même quantité à têter	Plus à têter	NSP/ ND	Effectif de mères
Groupe d'âges														
15-19	31,6	27,1	14,2	55,2	3,5	52,8	24,5	20,4	2,2	9,6	4,5	5,5	80,3	451
20-24	46,0	16,7	13,4	66,9	3,0	56,5	25,8	14,9	2,9	8,9	4,9	4,6	81,6	868
25-29	49,0	15,9	8,8	73,3	2,0	56,3	26,5	15,1	2,2	13,0	4,0	4,8	78,2	789
30-34	47,7	13,5	9,1	75,7	1,7	53,0	28,1	16,4	2,5	11,6	4,5	3,6	80,3	579
35 ou plus	46,0	12,9	8,1	76,6	2,4	66,4	19,6	11,4	2,6	10,3	3,3	2,0	84,4	619
Milieu de résidence														
Capitale	91,8	2,2	1,8	96,1	0,0	46,6	34,8	18,6	0,0	9,7	6,5	2,9	81,0	138
Autres villes	61,8	11,7	8,4	78,0	1,9	49,3	30,8	18,3	1,5	11,6	4,2	4,0	80,2	538
Ensemble urbain	67,9	9,7	7,0	81,7	1,5	48,8	31,6	18,4	1,2	11,2	4,6	3,8	80,3	676
Rural	39,2	18,5	11,6	67,2	2,7	59,3	23,3	14,5	2,8	10,6	4,2	4,2	81,1	2 630
Province (Faritany)														
Antananarivo	54,2	7,6	8,9	81,3	2,2	62,0	26,3	9,0	2,6	11,5	5,3	4,0	79,3	959
Fianarantsoa	32,2	19,9	13,5	62,4	4,2	57,1	27,0	12,5	3,3	11,6	4,2	6,3	78,0	788
Toamasina	57,2	12,2	5,9	80,0	1,9	63,0	23,1	10,0	3,9	11,3	3,7	2,7	82,4	463
Mahajanga	44,5	24,5	16,1	58,3	1,2	51,7	29,3	18,0	1,0	11,0	3,1	2,4	83,4	451
Toliary	33,2	29,1	10,2	58,1	2,6	44,4	17,8	36,3	1,5	8,0	5,3	4,2	82,5	434
Antsiranana	50,3	13,6	7,5	77,7	1,1	60,7	21,6	16,6	1,1	7,8	1,7	2,8	87,7	211
Niveau d'instruction														
Aucun	22,6	27,9	14,6	53,7	3,8	55,3	23,2	18,6	2,9	12,4	2,7	2,8	82,0	771
Primaire	40,9	17,1	11,0	69,2	2,7	61,1	23,1	13,2	2,7	10,3	4,4	5,5	79,8	1 827
Secondaire ou supérieur	80,2	3,3	5,5	90,7	0,5	49,2	32,1	17,1	1,6	10,0	5,4	1,9	82,6	707
Ensemble	45,1	16,7	10,7	70,2	2,5	57,2	25,0	15,3	2,5	10,7	4,3	4,1	80,9	3 305

Au cours des épisodes diarrhéiques, 34 % n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation et 63 % ont reçu davantage de liquide. Par contre, 23 % ont reçu des sachets de SRO, 1 % des solutions maison faites d'eau, de sel et de sucre, préparées à domicile et, globalement, 23 % des enfants ont reçu l'une et/ou l'autre forme de TRO (tableau 9.14). Compte tenu du fait que 45 % des femmes ont déclaré connaître les sachets de SRO, ces résultats démontrent que de nombreuses femmes ne mettent pas en pratique cette connaissance ou que leur connaissance est approximative. Ce sont plus particulièrement les enfants plus âgés, c'est-à-dire appartenant au groupe d'âges 12-23 mois (25 %) et 24-35 mois (27 %), ainsi que ceux résidant dans la capitale (54 %) et, enfin, ceux dont la mère a, au moins, le niveau secondaire (39 %) qui ont reçu le plus fréquemment une TRO au cours de la diarrhée. Par ailleurs, dans 63 % des cas, les enfants ont reçu un supplément de liquides pendant leur épisode diarrhéique (graphique 9.7). Toutefois, les remèdes traditionnels occupent une place non négligeable dans le traitement de la diarrhée (56 %).

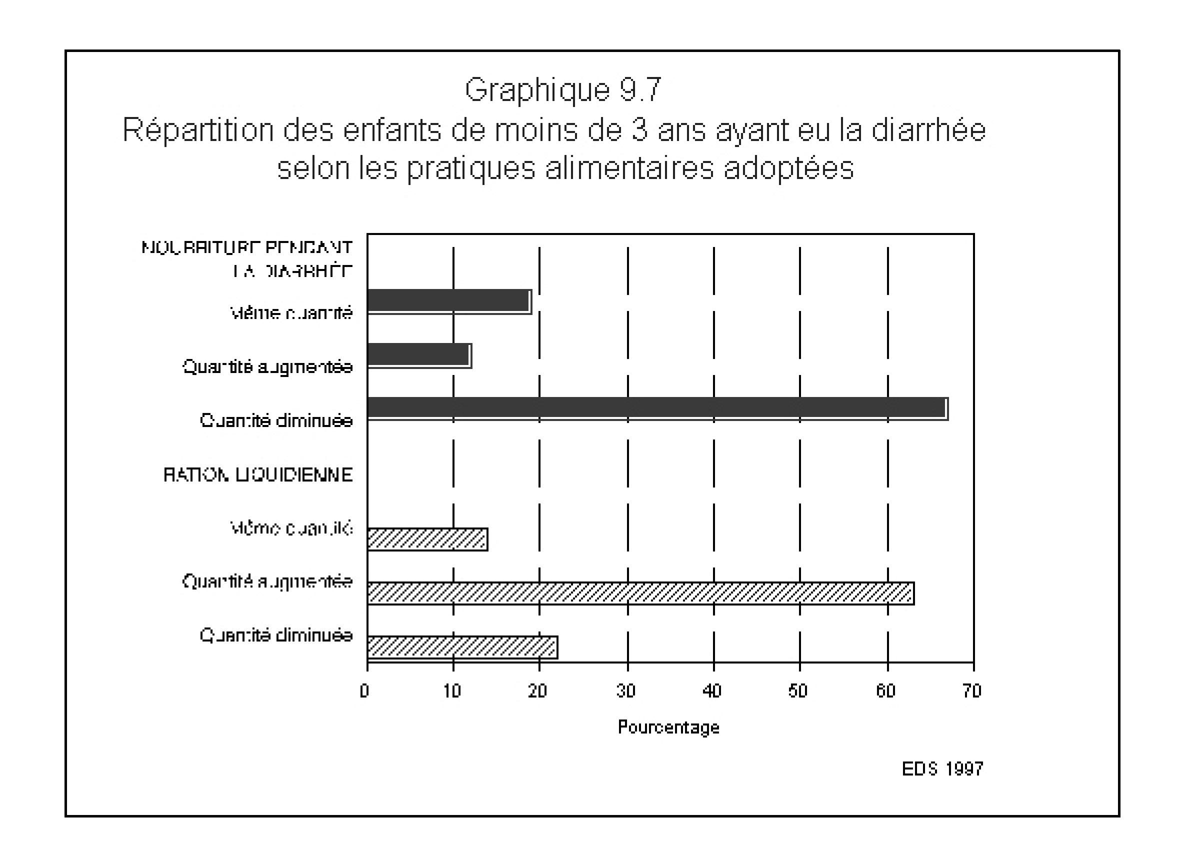
Tableau 9.14 Traitement de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de trois ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête pour lesquels la mère a consulté un établissement sanitaire ou du personnel de santé, pourcentage de ceux ayant suivi une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), pourcentage de ceux qui ont reçu davantage de liquides, pourcentage de ceux qui n'ont reçu ni TRO ni davantage de liquides, et pourcentage de ceux ayant reçu d'autres traitements, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

		Réhydratation orale					Autres traitements reçus			
Caractéristique	Pourcentage pour lequel la mère a consulté	Sachets de SRO	Solution préparée à la maison	SRO/ solution maison	Ayant reçu davantage de liquides	N'ayant reçu ni TRO, ni davantage de liquides	Injection	Remèdes tradit.	Rien/ NSP/ND	Effectif d'enfants avec diarrhée
Âge de l'enfant										
< 6 mois	21,6	8,5	1,1	9,6	34,5	65,5	0,0	32,5	44,6	102
6-11 mois	38,9	22,0	0,6	22,5	52,4	41,9	4,0	59,4	19,1	201
12-23 mois	41,4	25,2	0,9	25,2	69,4	27,8	3,6	57,9	11,1	395
24-35 mois	44,2	26,5	1,2	26,8	70,7	25,9	6,8	60,7	8,5	260
Sexe										
Masculin	38,1	23,1	1,4	23,5	62,3	34,8	3,7	54,1	18,0	492
Féminin	41,0	23,2	0,4	23,3	62,6	33,7	4,6	58,6	13,2	465
Rang de naissance										
1	42,5	25,9	0,7	25,9	57,8	37,8	4,8	55,6	18,2	216
2-3	44,2	24,1	1,3	24,9	59,5	36,3	6,2	55,8	15,8	299
4-5	35,3	16,9	0,0	16,9	67,5	31,0	3,2	55,2	15,6	207
6 ou plus	34,5	24,6	1,5	25,0	66,0	31,4	1,9	58,4	13,2	235
Milieu de résidence										
Capitale	54,3	54,3	2,5	54,3	87,7	8,6	6,2	59,3	4,9	40
Autres villes	44,9	39,5	1,3	39,5	68,0	27,7	1,5	51,1	15,5	172
Ensemble urbain	46,7	42,3	1,5	42,3	71,7	24,1	2,4	52,6	13,6	212
Rural	37,5	17,7	0,8	18,0	59,8	37,1	4,7	57,3	16,3	746
Province (Faritany)										
Antananarivo	37,3	26,6	1,5	26,6	69,7	27,5	3,2	38,7	19,0	262
Fianarantsoa	46,2	20,8	0,4	20,8	59,8	38,1	7,6	63,4	15,5	281
Toamasina	33,6	28,3	0,0	28,3	69,6	29,4	4,8	52,7	15,7	114
Mahajanga	39,9	26,3	0,6	26,9	54,5	39,8	2,7	70,6	14,5	128
Toliary	34,9	14,7	1,7	16,4	50,6	43,2	0,0	60,1	14,3	129
Antsiranana	37,2	19,4	1,5	19,4	75,6	20,4	2,7	72,6	4,1	43
Niveau d'instruction										
Aucun	30,8	16,3	0,9	17,3	50,8	45,4	1,8	57,5	21,0	197
Primaire	37,7	19,3	0,7	19,5	60,8	36,3	4,4	53,7	17,1	546
Secondaire ou supérieur	52,0	39,2	1,5	39,2	77,4	18,8	5,7	61,9	7,1	214
Ensemble des enfants avec diarrhée	39,5	23,1	0,9	23,4	62,5	34,3	4,2	56,3	15,7	957

Note : La TRO comprend la solution préparée à partir des sachets de Sels de Réhydratation par voie orale (SRO) et/ou le liquide recommandé et préparé à la maison. Les données concernent les naissances de la période 0-35 mois précédant l'enquête.

Pendant les épisodes diarrhéiques, 19 % des enfants qui ont eu la diarrhée ont été nourris de la même façon que d'habitude; dans 12 % des cas seulement la quantité de nourriture a été augmentée et pour 67 % des enfants, l'alimentation a été réduite. Ces résultats démontrent que les mères devraient être beaucoup mieux informées sur la nécessité d'augmenter la quantité de liquides et d'aliments à donner aux enfants durant les épisodes diarrhéiques de façon à éviter les risques de déshydratation et d'affaiblissement et, ainsi, de réduire la mortalité qui peut en résulter.



CHAPITRE 10

ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL

Dominique Waltisperger et Juan Schoemaker

Ce chapitre comprend trois sous-parties : l'une consacrée à l'allaitement des enfants; la suivante, à leur état nutritionnel, état évalué à partir des mesures anthropométriques (taille, poids); la dernière porte sur l'état nutritionnel des mères.

10.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Du type d'alimentation donné au nouveau-né, spécialement au cours des premières heures, dépendent ses chances de survie. Le lait maternel et plus particulièrement le premier lait (colostrum) contient tous les éléments nutritifs indispensables au bon développement et à la croissance de l'enfant. Il transmet, en outre, les anticorps de la mère (Righard et Alade, 1990). Inversement, un allaitement différé nécessitera de donner à l'enfant des liquides et nourritures qui risquent de lui transmettre des infections et de retarder chez la mère la montée du lait (Perez-Escamilla et al., 1996).

L'allaitement "à la demande", y compris la nuit, soit huit à dix fois par 24 heures assure à l'enfant une récupération rapide de son poids de naissance. Il a été montré qu'un allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois procurait à l'enfant un niveau nutritionnel et une hydratation suffisante et diminuait considérablement la probabilité de décès par diarrhée (Victoria et al., 1987). Par la suite, une alimentation complémentaire est nécessaire. Cependant, le maintien de l'allaitement durant la deuxième année continue d'avoir des effets bénéfiques, limitant la malnutrition et accroissant les capacités immunologiques.

Au cours de l'enquête, pour tous les enfants nés depuis janvier 1994, on a demandé principalement à la mère :

- Si l'enfant avait été allaité et, dans l'affirmative, combien de temps après la naissance était intervenue la première mise au sein;
- la durée de l'allaitement et la cause de son arrêt éventuel;
- la fréquence quotidienne des allaitements;
- quels étaient les aliments de complément reçus au cours de la dernière semaine et les liquides reçus au cours des dernières 24 heures.

D'après les résultats consignés au tableau 10.1, la quasi-totalité des enfants malgaches ont été allaités (97 %), fréquence peu différente de celle qui avait été trouvée lors de l'enquête de 1992[1].

Les comportements ne varient guère en fonction des catégories retenues ; on constate seulement une propension légèrement plus faible à allaiter parmi les femmes résidant dans la capitale (94 %).

[1] La question portait alors sur les enfants nés au cours des cinq dernières années.

Tableau 10.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des trois années ayant précédé l'enquête qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance et pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour de la naissance, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

		Début de l'allaitement		
Caractéristique	Pourcentage ayant été allaités	Dans l'heure suivant la naissance	Durant le jour suivant la naissance[1]	Effectif d'enfants
Sexe de l'enfant				
Masculin	96,5	34,8	79,2	1 951
Féminin	96,7	33,8	78,9	1 942
Milieu de résidence				
Capitale	93,6	44,6	84,6	161
Autres villes	96,0	44,3	80,5	619
Ensemble urbain	95,5	44,3	81,3	781
Rural	96,9	31,9	78,5	3 112
Province (Faritany)				
Antananarivo	97,2	31,2	77,6	1 142
Fianarantsoa	95,9	38,6	83,7	919
Toamasina	96,8	51,6	90,6	533
Mahajanga	96,7	18,0	69,7	536
Toliary	95,3	37,8	68,6	520
Antsiranana	98,6	23,9	85,5	244
Niveau d'instruction				
Aucun	95,2	35,1	77,6	906
Primaire	97,1	32,0	79,0	2 170
Secondaire ou supérieur	97,0	39,7	80,8	817
Assistance à l'accouchement				
Personnel de santé	97,6	36,7	80,3	1 842
Accoucheuse traditionnelle	97,0	33,8	79,5	1 528
Autre ou personne	95,9	27,5	72,6	501
ND	0,0	-	-	22
Lieu d'accouchement				
Établissement sanitaire	97,8	36,9	81,4	1 330
À la maison	96,8	33,1	77,8	2 522
Autre	44,9	19,4	67,6	40
Ensemble	96,6	34,3	79,0	3 893

Note: Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les 3 années ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.
[1] Y compris les enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance.

L'allaitement durant l'heure de l'accouchement n'a cependant concerné qu'un tiers des enfants (34 %). Les liquides de remplacement donnés sitôt après la naissance empêchent l'enfant de bénéficier du premier lait de la mère (colostrum) particulièrement riche du point de vue nutritif et qui a des propriétés anti-bactériennes et anti-virales. À l'inverse, ces liquides l'exposent d'emblée aux agents pathogènes. Depuis 1992-93 à été lancée "l'initiative des hôpitaux amis des bébés" dont le but premier est de mettre au sein, le

plus tôt possible, tous les enfants nés en établissement. Cette initiative a été renforcée par la politique menée par le Ministère de la Santé en vue de sensibiliser les agents de santé sur ce point. Il en est résulté une augmentation importante de la proportion des enfants allaités dès la première heure, par rapport à 1992 (34 % contre 6 %) et une multiplication par 1,8 de la proportion d'enfants allaités dans les 24 premières heures (79 % contre 45 %). Bien que le progrès soit observé partout, il est particulièrement net en milieu urbain (44 % allaités la première heure et 81 % le premier jour) et dans la région de Toamasina (52 % allaités la première heure et 91 % le premier jour).

Contrairement à l'enquête précédente, le niveau d'instruction de la mère n'a plus qu'une faible influence sur la pratique de l'allaitement précoce et les enfants nés en établissement ont plus de chances d'être mis au sein rapidement. Cette évolution est très vraisemblablement la conséquence des politiques signalées précédemment et la preuve d'un bon impact des campagnes d'IEC (Information, Education, Communication) qui ont été réalisées depuis 1992.

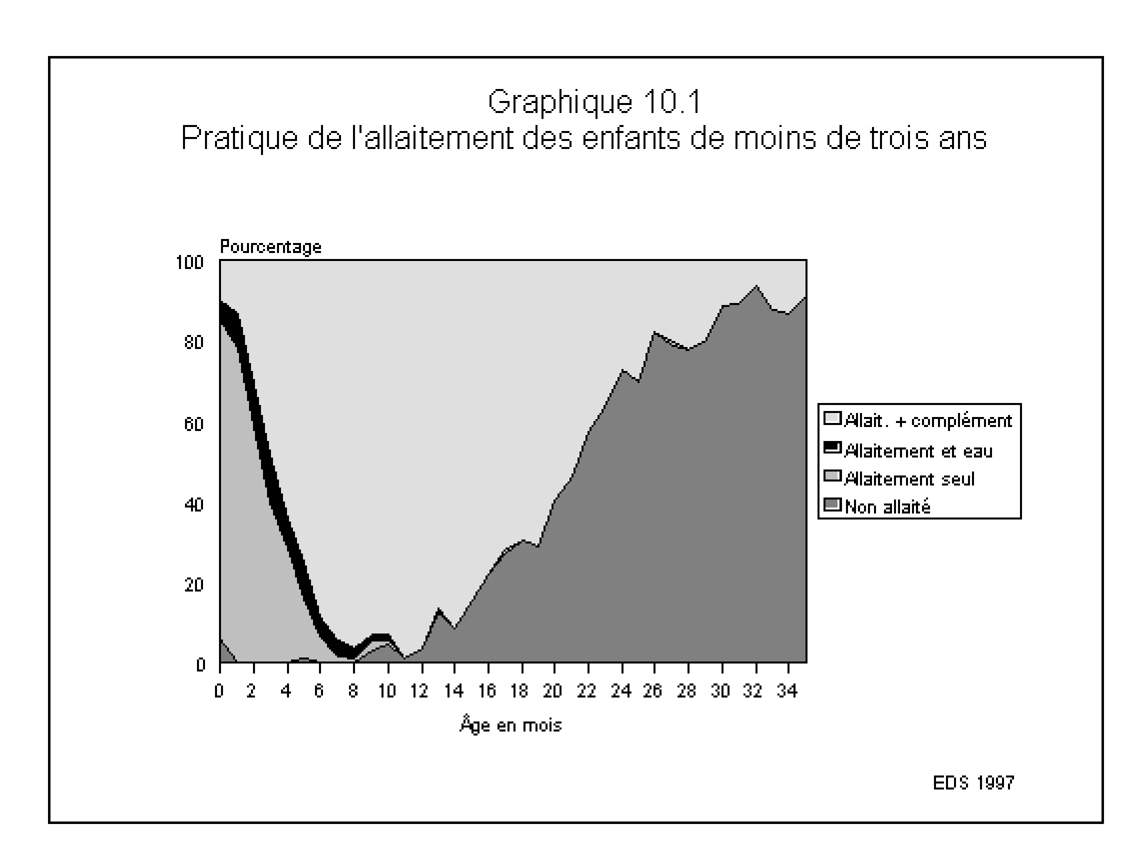
Par rapport aux résultats de l'ENDS de 1992, la proportion d'enfants exclusivement allaités à moins de deux mois à augmenté de façon importante : 78 % contre 53 % (tableau 10.2). Cependant, avec l'âge, la fréquence de l'allaitement sans complément diminue rapidement (graphique 10.1) , plus rapidement que ne le préconise l'OMS, qui recommande ce type d'alimentation jusqu'à 6 mois. Ici, seuls 22 % des enfants de 4-5 mois sont nourris conformément à ces recommandations; la durée médiane de l'allaitement exclusif n'est encore que de 2,2 mois (tableau 10.3). Elle a cependant plus que doublé depuis l'enquête de 1992 (0,9 mois).

Tableau 10.2 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants survivants par type d'allaitement, selon l'âge de l'enfant en mois, EDS Madagascar 1997

Âge en mois	Situation face à l'allaitement: Non allaité	Allaitement seul	Allaitement et eau seulement	Allaitement, aliments et autres liquides	Total	Effectif d'enfants vivants
0-1	1,8	78,3	7,4	12,5	100,0	178
2-3	0,0	49,2	11,5	39,4	100,0	262
4-5	0,5	21,9	8,4	69,2	100,0	228
6-7	0,0	4,1	4,5	91,4	100,0	193
8-9	1,5	1,7	1,9	94,9	100,0	220
10-11	3,1	0,4	0,8	95,8	100,0	198
12-13	7,9	0,0	0,5	91,6	100,0	225
14-15	11,6	0,0	0,0	88,4	100,0	189
16-17	24,4	0,5	0,0	75,1	100,0	249
18-19	29,7	0,0	0,0	70,3	100,0	212
20-21	43,4	0,0	0,0	56,6	100,0	186
22-23	60,1	0,0	0,0	39,9	100,0	147
24-25	71,1	0,0	0,0	28,9	100,0	204
26-27	80,3	0,5	0,0	19,2	100,0	204
28-29	78,9	0,0	0,0	21,1	100,0	170
30-31	88,7	0,0	0,0	11,3	100,0	157
32-33	90,4	0,0	0,0	9,6	100,0	169
34-35	88,8	0,0	0,0	11,2	100,0	144
Moins de 4 mois	0,7	61,0	9,8	28,5	100,0	441
4 à 6 mois	0,4	17,2	7,3	75,2	100,0	328
7 à 9 mois	1,1	1,6	2,6	94,7	100,0	314
Ensemble	34,2	9,4	2,2	54,2	100,0	3 537

Note : La situation face à l'allaitement fait référence aux dernières 24 heures. Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent pas d'autres compléments.



Par rapport à cette médiane nationale, on observe des différences importantes selon la région et non selon le lieu de résidence : l'allaitement exclusif est particulièrement bref dans les provinces de Toliary (15 jours) et d'Antsiranana (1,8 mois) et relativement long à Toamasina (3,7 mois). Sur ce point le niveau d'instruction de la mère semble jouer un rôle prépondérant, la durée d'allaitement exclusif passant du simple au triple selon que la femme n'a aucune instruction (0,9 mois) ou qu'elle possède un niveau secondaire ou supérieur (2,6 mois). La catégorie de personnel ayant assisté l'accouchement n'est pas non plus sans incidence. Les accoucheuses traditionnelles semblent avoir une influence particulièrement importante sur la façon dont sera nourri l'enfant puisque les accouchements assistés par elles sont suivis de la plus longue durée d'allaitement exclusif (2,6 mois).

De même que la durée de l'allaitement exclusif a augmenté depuis 1992, la durée médiane de l'allaitement dans son ensemble (20,7 mois) s'est accrue de plus d'un mois depuis 1992. Cet allongement de la durée d'allaitement est plus importante en milieu urbain.et tout particulièrement dans la capitale (21 mois au lieu de 16 mois en 1992). Ce sont les provinces pour lesquelles on observe les durées d'allaitement exclusif les plus courtes qui ont également les durées d'allaitement les plus brèves. On constate que les femmes dont l'accouchement a été assisté par une accoucheuse traditionnelle ont, non seulement les durées d'allaitement exclusif les plus longues, mais ce sont aussi celles qui allaitent le plus longtemps leurs enfants (durée médiane de 21,5). Curieusement, les femmes les plus instruites privilégient un allaitement exclusif long mais sèvrent leurs enfants plus tôt que les autres femmes. Les impératifs liés à la reprise d'une activité pourraient,en partie, expliquer ce phénomène.

Tableau 10.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'allaitement et eau, et pourcentage d'enfants de moins de 6 mois qui ont été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'interview, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Durées médianes d'allaitement				Enfants de moins de 6 mois	
Caractéristique	Ensemble de l'allaitement	Allaitement seul	Allaitement seul ou allaitement et eau seulement	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité 6 fois ou + dans les dernières 24 heures	Effectif d'enfants
Sexe de l'enfant						
Masculin	20,4	2,3	3,1	1 951	93,7	325
Féminin	20,9	2,1	2,6	1 942	94,2	344
Milieu de résidence						
Capitale	21,0	1,9	2,1	161	90,7	27
Autres villes	20,6	2,1	2,8	619	95,1	93
Ensemble urbain	20,7	2,0	2,6	781	94,1	119
Rural	20,7	2,2	3,0	3 112	93,9	550
Province (Faritany)						
Antananarivo	22,3	2,2	2,4	1 142	88,6	192
Fianarantsoa	21,6	2,5	2,6	919	93,1	153
Toamasina	20,5	3,7	4,3	533	94,7	87
Mahajanga	18,8	2,0	4,2	536	99,2	100
Toliary	18,2	0,5	1,5	520	97,7	98
Antsiranana	18,6	1,8	3,0	244	98,5	40
Niveau d'instruction						
Aucun	21,0	0,9	2,7	906	92,9	159
Primaire	21,1	2,3	2,8	2 170	95,2	384
Secondaire ou supérieur	18,9	2,6	3,2	817	91,3	127
Assistance à l'accouchement						
Personnel de santé	20,0	2,3	2,8	1 842	95,2	308
Accoucheuse traditionnelle	21,5	2,6	3,3	1 528	93,4	251
Autre ou personne	21,3	1,0	2,1	501	91,7	110
ND	1,6	1,6	1,6	22	-	0
Ensemble	20,7	2,2	2,9	3 893	93,9	669
Moyenne	20,9	3,5	4,1	-	-	-
Moyenne prévalence/incidence	21,2	3,0	3,8	-	-	-

Note : Les médianes et les moyennes sont basées sur le statut d'allaitement au moment de l'enquête.

Au tableau 10.3, figure également la « Prévalence/Incidence » de l'allaitement qui est une durée moyenne calculée selon une méthode empruntée à l'épidémiologie[2]. La valeur ainsi obtenue pour Madagascar est de 21,2 mois. Comparativement aux pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les durées moyennes d'allaitement ont été calculées selon le même procédé (voir le tableau ci-après), on peut constater que la durée moyenne d'allaitement à Madagascar ne se différencie pas particulièrement des durées trouvées dans les autres pays africains.

[2] En épidémiologie, on estime la durée moyenne d'un événement en divisant sa prévalence par son incidence. Ici, l'événement est l'allaitement, la prévalence est le nombre d'enfants que les mères sont encore en train d'allaiter au moment de l'enquête, et l'incidence est le nombre moyen de naissances par mois. Ce nombre moyen est estimé à partir des naissances d'une période de 36 mois pour éviter les problèmes de *saisonnalité* et les erreurs possibles de période de référence. En divisant le nombre de mères qui allaitent au moment de l'enquête par le nombre mensuel moyen de naissances, on obtient une estimation de la durée moyenne d'allaitement en mois.

Pays	Date de l'enquête	Durée moyenne d'allaitement (en mois)
Cameroun	1991	18,2
Zambie	1992	18,3
Côte d'Ivoire	1994	20,0
Nigéria	1990	20,1
Niger	1992	20,4
Sénégal	1992-1993	20,4
Tanzanie	1991-1992	21,1
Madagascar	***1997***	***21,2***
Mali	1995-1996	21,4
Ghana	1993	21,6
Tchad	1996-1997	22,0
Togo	1988	22,6
Burundi	1987	23,4
Burkina Faso	1993	25,0
Rwanda	1992	25,9

Parmi les enfants de moins de 6 mois, 94 % ont été allaités 6 fois ou plus au cours des 24 dernières heures, chiffre en légère progression par rapport à l'enquête de 1992 (90 %). On note peu de différences selon le milieu de résidence. En revanche, la capitale se distingue par des proportions légèrement plus faibles (91 %). Ce résultat établi à partir d'un ensemble de 27 enfants est sujet à des variations aléatoires importantes. Alors que, lors de l'enquête de 1992, moins la femme était instruite, plus les allaitements quotidiens étaient nombreux, l'ordre semble être désormais bouleversé. Les femmes de niveau primaire sont celles qui pratiquent le plus souvent l'allaitement à volonté (95 %) et celle de niveau secondaire ou plus, le moins fréquemment (91 %).

Le tableau 10.4 ne concerne que les enfants allaités. De fait, la consommation de préparations pour bébé et des autres laits, ainsi que des autres liquides est limitée chez les enfants les plus jeunes. Parmi les moins de 3 mois, seulement 0,5 % reçoivent les préparations pour bébé, 3,5 % un autre lait et 22 % un autre liquide. Les femmes malgaches utilisent peu le biberon. L'usage le plus fréquent concerne les enfants de 2-3 mois et pour seulement 4,5 % d'entre eux.

Les aliments solides (tableau 10.4) qui doivent être introduits à partir du 6ème mois le sont de façon satisfaisante sous forme de céréales et probablement surtout de riz (79 % des enfants de 6-7 mois). Cette fréquence augmente avec l'âge pour dépasser les 90 % dès les 8-9 mois. Les céréales assurent un apport en calories et, à un moindre degré, en protéines. Les protéines animales sous forme d'oeuf, poisson et volaille ne sont pas données aussi fréquemment. À peine plus d'un enfant sur quatre en consomme à 6-7 mois mais ce pourcentage augmente jusque vers 14-15 mois (61 %) avant de diminuer. À 30-35 mois, ce type de complément ne concerne plus que 35 % des enfants. Un complément de calories est donné par les tubercules, complément qui n'existe significativement qu'à partir de 4-5 mois (9 %) et atteint là aussi, sa fréquence maximum vers 14-15 mois (57 %). Les brèdes et fruits jaunes, porteurs de vitamines A et C sont donnés à une faible proportion d'enfants jeunes (39 % des 6-7 mois). Dès le premier anniversaire plus de 70 % des enfants bénéficient de ce type de complément, ce qui signifie aussi que plus de 20 % d'entre eux en sont privés. Des résultats du tableau 10.4, on retiendra qu'un complément alimentaire est donné trop tôt à une proportion non négligeable d' enfants, en particulier sous forme de liquides et céréales, pratique qui expose l'enfant aux microbes pathogènes provoquant des maladies diarrhéiques, pratique risquant également

Tableau 10.4 Type d'aliments selon l'âge de l'enfant

Pourcentage d'enfants allaités de moins de 36 mois par type d'aliments reçus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'interview et pourcentage de ceux utilisant un biberon, selon l'âge en mois, EDS Madagascar 1997

		Aliments de complément									
					Solides/purées						
Âge en mois	Lait maternel seul	Prépara-tion pour bébé	Autre lait	Autres liquides	Viande, poisson, oeuf	Farine, céréales	Tubercule, plantain	Brèdes, fruits, jaunes	Autre solides	Utilise biberon	Effectif d'enfants
0-1	79,7	0,0	1,4	10,6	0,0	1,4	1,3	1,4	1,4	1,0	175
2-3	49,2	0,8	4,9	29,1	0,7	9,1	3,9	1,9	1,9	4,5	262
4-5	22,0	2,7	5,6	40,2	7,5	47,4	8,5	12,2	8,8	2,3	227
6-7	4,1	6,7	11,8	52,9	26,1	79,2	20,2	38,6	17,6	2,4	193
8-9	1,7	4,2	10,0	61,7	34,6	90,0	34,0	51,0	30,0	3,5	217
10-11	0,4	2,2	6,9	62,3	38,3	92,2	46,5	64,4	30,7	1,5	192
12-13	0,0	1,3	11,8	68,2	50,9	92,4	47,0	71,8	26,7	3,5	208
14-15	0,0	0,3	17,7	66,3	60,5	94,4	57,0	73,9	28,6	1,6	167
16-17	0,7	2,2	12,6	63,5	49,4	95,4	52,4	75,4	28,3	1,7	189
18-23	0,0	1,5	9,3	69,2	44,9	96,1	48,9	79,6	31,9	1,2	313
24-29	0,8	3,5	6,9	66,7	52,9	95,7	37,8	78,6	35,9	2,1	135
30-35	0,0	0,0	12,6	65,4	34,5	94,5	51,3	73,1	35,0	1,0	50
0-3	61,4	0,5	3,5	21,7	0,4	6,0	2,9	1,7	1,7	3,1	438
4-6	17,3	3,7	7,7	42,3	12,4	56,5	11,9	16,3	9,2	2,5	327
7-9	1,6	5,2	10,4	61,0	32,8	87,5	30,0	51,5	28,7	3,1	310
Ensemble	14,3	2,2	9,0	53,8	32,1	71,6	32,4	49,4	21,8	2,3	2 328

Note : Le statut d'allaitement fait référence aux dernières 24 heures. La somme des pourcentages par type d'aliments reçus par un enfant peut dépasser 100 % car un enfant peut recevoir plusieurs types d'aliments.

d'entraîner une moindre consommation du lait maternel, l'enfant étant rassasié par ces apports. À l'inverse, plus de 4 % des enfants de 6-7 mois et encore près de 2 % des 8-9 mois sont encore exclusivement nourris au sein, type d'alimentation insuffisant à ces âges. La fréquence de distribution des aliments de complément donne une vue d'ensemble sur les apports complémentaires en vitamines et protéines.

Il convient de compléter le constat qui précède et qui porte sur la consommation des 24 dernières heures, par la fréquence hebdomadaire de la consommation de chaque type d'aliment (tableau 10.5). Parmi les 2 329 enfants allaités, ayant absorbé tel ou tel aliment durant la semaine passée, on observe une consommation presque quotidienne de céréales (blé/riz). Dès le premier mois, les enfants en reçoivent près de 6 jours sur 7. Avant 1 mois, les tubercules viennent en complément quotidien et sont données à partir du 2ème mois environ 4 jours par semaine. La base de l'alimentation solide est donc constituée de produits riches en calories mais pauvres en protéines. L'apport de vitamines A et C grâce aux brèdes et fruits jaunes intervient 4 jours par semaine. Les oeufs, le poisson, les volailles et autres viandes, riches en protéines animales sont consommés trop rarement, soit moins de 3 fois par semaine.

Le sel iodé, nécessaire à la prévention du goitre, n'est encore présent que dans 73 % des ménages et sa fréquence est un peu plus forte lorsque l'enfant a atteint le dixième mois (76 %).

Tableau 10.5 Nombre de jours au cours desquels certains aliments ont été reçus selon l'âge (enfants allaités)

Pourcentage d'enfants survivants de moins de 36 mois qui ont reçu certains aliments au cours de la dernière semaine et, parmi les enfants ayant reçu chaque type d'aliment, nombre moyen de jours au cours desquels ils ont reçu ces aliments, et pourcentage d'enfants vivant dans des ménages disposant de sel iodé, selon l'âge en mois, EDS Madagascar 1997

	Aliments reçus la semaine passée																					
Âge en mois	Eau plate (%)	Eau plate moyenne	Lait (%)	Lait moyenne	Autres liquides (%)	Autres liquides moyenne	Oeuf, poisson, volaille (%)	Oeuf, poisson, volaille moyenne	Viande (%)	Viande moyenne	Céréales (blé/riz) (%)	Céréales (blé/riz) moyenne	Tuber-cules manioc (%)	Tuber-cules (manioc) moyenne	Brèdes (%)	Brèdes moyenne	Fruits jaunes (%)	Fruits jaunes moyenne	Autres (%)	Autres moyenne	Sel iodé dans ménage (%)	Effectif d'enfants
0-1	18,1	5,8	1,4	6,0	11,3	5,8	1,4	2,0	0,7	1,0	2,1	5,8	1,3	7,0	1,4	6,0	2,2	4,7	1,4	7,0	74,2	175
2-3	39,6	6,2	7,2	5,2	29,7	5,3	1,1	3,6	1,1	3,4	9,8	5,6	5,0	4,2	1,7	3,8	1,4	4,9	3,9	4,2	70,9	262
4-5	59,8	6,4	7,1	4,5	42,1	5,0	8,2	1,8	8,2	2,2	49,0	6,5	10,6	5,2	7,7	4,3	12,0	4,4	14,6	3,9	70,2	227
6-7	83,2	6,6	17,2	4,4	56,2	5,5	32,9	2,3	28,6	2,3	81,8	6,7	34,4	3,9	34,7	3,9	39,8	3,8	21,2	5,0	71,0	193
8-9	86,6	6,8	17,1	4,2	66,0	5,5	52,3	2,7	40,0	2,2	92,0	6,8	50,0	3,9	55,2	4,2	49,2	3,9	40,7	4,1	67,9	217
10-11	91,6	6,8	16,2	2,9	70,0	5,5	63,2	2,6	50,2	2,0	96,5	6,7	67,6	4,6	73,7	4,6	61,9	3,2	44,3	4,4	76,2	192
12-13	93,5	6,8	21,9	3,5	73,5	5,6	71,6	2,6	50,0	2,1	95,6	6,8	69,8	4,2	78,9	4,2	60,9	3,8	38,8	3,9	76,5	208
14-15	96,5	6,9	23,9	4,5	69,8	5,7	68,9	3,0	55,2	2,2	95,0	6,8	75,6	4,3	86,7	4,3	64,5	3,4	42,8	3,8	74,4	167
16-17	95,7	6,9	19,7	5,3	69,4	5,8	67,1	2,7	56,0	2,4	98,2	6,9	78,9	4,3	86,0	4,4	66,0	3,7	41,5	3,5	78,7	189
18-23	93,2	6,8	17,9	3,3	74,9	5,9	66,2	2,7	53,0	2,1	98,9	6,9	78,0	4,5	89,5	4,3	72,6	3,8	43,8	4,3	75,8	313
24-29	89,0	6,8	13,1	3,8	77,9	5,7	68,4	2,4	52,4	2,0	99,2	6,9	76,3	4,2	89,5	4,2	65,6	4,1	48,8	4,3	72,7	135
30-35	96,3	6,9	18,1	2,6	74,7	6,3	50,1	2,7	31,2	2,3	97,4	6,9	76,7	4,7	83,5	4,5	50,3	3,9	38,2	4,6	71,8	50
0-3 mois	31,0	6,1	4,9	5,3	22,3	5,4	1,2	2,9	0,9	2,6	6,7	5,6	3,5	4,6	1,6	4,6	1,7	4,8	2,9	4,8	72,2	438
4-6 mois	66,3	6,5	10,1	4,4	44,3	5,2	14,7	2,2	12,5	2,3	58,2	6,6	16,6	4,5	13,3	4,1	17,1	3,7	14,2	4,5	70,6	327
7-9 mois	86,2	6,7	17,2	4,2	65,3	5,6	47,7	2,6	38,7	2,2	89,8	6,8	46,7	3,9	51,8	4,1	50,1	4,0	37,4	4,2	68,7	310
Ensemble	77,0	6,7	14,8	4,0	58,3	5,6	44,6	2,6	35,0	2,1	73,8	6,8	49,4	4,3	54,4	4,3	44,7	3,9	30,6	4,3	73,4	2 329

10.2 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

L'état nutritionnel d'un enfant résulte à la fois de la qualité et de la quantité de l'alimentation reçue dans le passé, ainsi que des maladies qu'il a pu contracter. Inversement, de l'état nutritionnel dépend la capacité de l'organisme à lutter contre l'agression des agents infectieux. De lui, dépendent donc ses chances de survie. En se servant des trois variables, âge, poids et taille, trois indices, qui sont des combinaisons de mesure, ont été calculés pour les enfants de moins de 36 mois : la taille par rapport à l'âge (taille -pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour -taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

10.2.1 Méthodologie

Le rapport taille/âge est un indice de malnutrition chronique. Il traduit le passé nutritionnel de l'enfant et n'est donc pas sensible à la saison durant laquelle a été effectuée la collecte. Il est plus fiable que le rapport poids/taille qui peut donner un résultat satisfaisant si l'enfant mal nourri affiche simultanément un retard de taille et de poids. On considère que, par rapport au standard international (NCHS/CDC/WHO)[3] un enfant qui se situe :

- à moins de -2 écarts type de la valeur médiane, souffre d'un retard de croissance
- à moins de -3 écarts type de la valeur médiane, souffre d'un retard de croissance sévère.

Toujours, d'après le standard international, sont considérés comme souffrant d'émaciation, les enfants dont le rapport poids/taille se situe en dessous de -2 écarts type de la valeur médiane. Ceux pour lesquels ce rapport est inférieur à -3 écarts type souffrent d'émaciation sévère. Le rapport poids/taille est un révélateur de l'état nutritionnel à court-terme. Les origines de la maigreur d'un enfant sont multiples. Elles peuvent provenir d'une maladie récente, d'une sous-nutrition aiguë liée à une sécheresse ou à la période de soudure.

L'insuffisance pondérale est mesurée par le rapport poids/âge qui, comparé au standard de référence, sera considéré comme telle lorsque la valeur trouvée se situera en dessous de -2 écarts type de la médiane de référence. L'insuffisance pondérale est considérée comme sévère en dessous de -3 écarts type.

D'une façon générale, selon le standard, une population à sous-nutrition modérée aura, pour les indices qui précèdent, de l'ordre de 2,3 % de ces effectifs dont les rapports se situeront au-dessous de -2 écarts type et environ 0,1 % au-dessous de -3 écarts type.

10.2.2 Résultats

Retard de croissance

Un peu moins de la moitié des enfants malgaches souffrent d'un retard de croissance (48 %) et un peu plus d'un sur cinq, d'un retard sévère (tableau 10.6). Ces fréquences sont en légère régression par rapport à l'enquête de 1992 qui donnait respectivement 51 % et 24 %, pour les enfants de moins de cinq ans.

---

[3] La référence a été établie par NCHS/CDC/WHO, à partir de l'observation d'enfants américains de moins de 5 ans en bonne santé. Cette référence est applicable à tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quels que soient les groupes de population considérés, ils suivent un modèle de croissance similaire. Les données de la population de référence ont été normalisées (médiane et moyenne confondues).

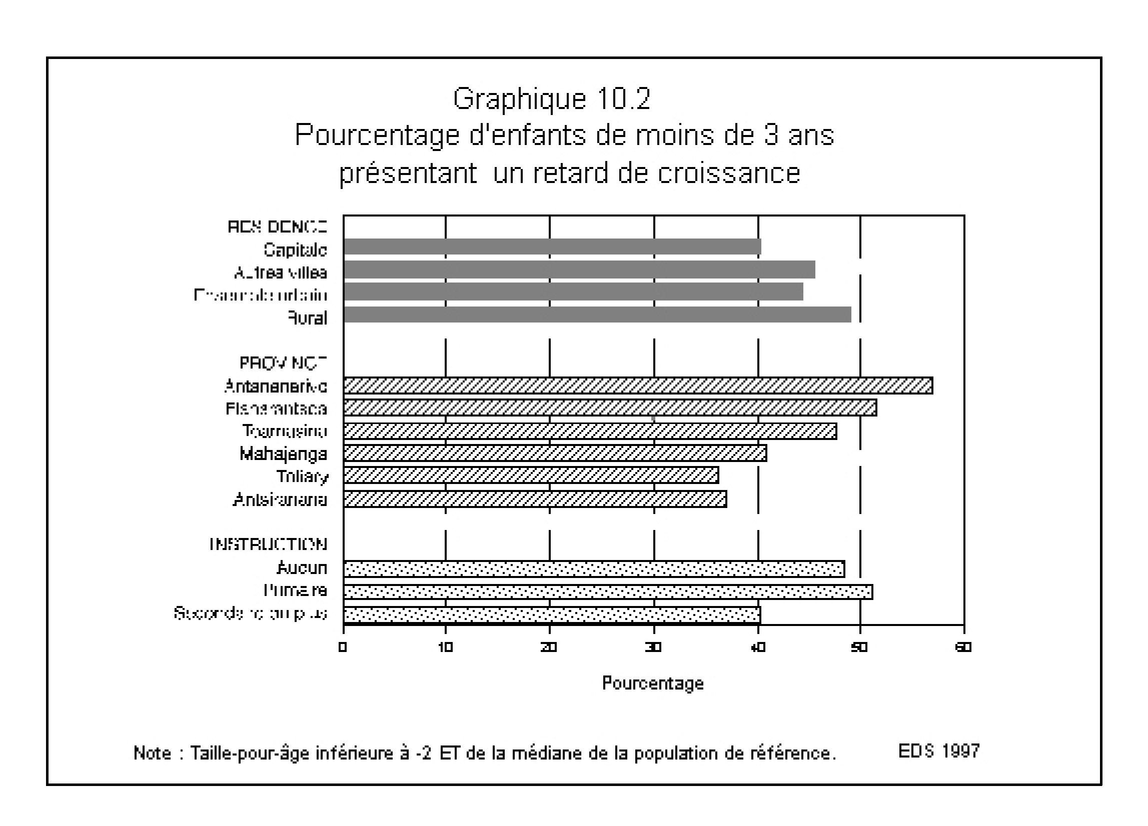
Tableau 10.6 État nutritionnel des enfants par caractéristiques démographiques

Pourcentage d'enfants de moins de trois ans considérés comme atteints de malnutrition par caractéristiques démographiques selon les trois indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel: taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Taille-pour-âge Inférieur à -3ET	Taille-pour-âge Inférieur à -2 ET[1]	Poids-pour-taille Inférieur à -3 ET	Poids-pour-taille Inférieur à -2 ET[1]	Poids-pour-âge Inférieur à -3 ET	Poids-pour-âge Inférieur à -2 ET[1]	Effectif
Âge de l'enfant (mois)							
< 6	4,0	14,0	0,9	2,7	1,4	4,8	573
6-11	10,2	35,3	0,8	6,5	10,9	33,9	578
12-23	30,0	64,6	1,4	12,2	16,7	55,5	1 078
24-35	30,7	59,7	0,4	5,1	16,8	48,1	851
Sexe de l'enfant							
Masculin	24,2	51,8	0,7	8,2	15,2	42,2	1 553
Féminin	19,1	44,8	1,1	6,5	10,4	37,7	1 528
Rang de naissance							
1	19,1	49,1	1,4	6,3	12,2	36,6	678
2-3	19,0	44,3	0,8	7,1	12,0	37,6	996
4-5	21,6	46,8	0,9	8,6	13,5	41,0	650
6 ou plus	27,5	54,2	0,7	7,7	13,8	45,2	756
Intervalle entre naissances							
Première naissance	19,2	49,2	1,4	6,3	12,3	36,8	681
<24 mois	24,1	49,9	0,4	8,8	15,1	43,4	524
24-47 mois	22,9	49,0	0,8	7,6	13,3	41,0	1 442
48 mois ou plus	18,3	42,7	1,1	6,6	9,1	37,1	433
Ensemble des enfants	21,6	48,3	0,9	7,4	12,8	40,0	3 080

Note : Chaque indice est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Les enfants sont atteints de malnutrition s'ils se trouvent à moins de -2 ET (-2 ET et -3 ET) de la médiane de la population de référence.
[1] Les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET sont inclus dans cette catégorie.

Le retard de croissance relativement faible parmi les plus jeunes (14 % chez les moins de 6 mois) augmente de façon continue pour dépasser les 65 % avec les 12-23 mois. À partir de 2 ans l'écart tend à se réduire. Concernant le groupe des 12-23 mois, la situation se serait détériorée depuis l'enquête de 1992 où la fréquence était de 57 %. Désormais, à Madagascar, le retard de croissance des moins de trois ans est 21 fois plus élevé que la norme internationale. Ce retard touche davantage les garçons et les enfants de rang élevé (6 et plus). Lorsque l'intervalle entre naissances égale ou est supérieur à 48 mois, l'enfant est moins sujet à ce retard. Il est probable que les femmes qui espacent de plus de 4 ans les naissances n'appartiennent pas aux catégories les plus défavorisées. Les retards de croissance sont un peu plus fréquents en milieu rural et particulièrement marqués dans les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa (57 % et 52 %, tableau 10.7). Les enfants dont la mère possède un niveau d'instruction primaire sont le plus souvent sujets à un retard de croissance (51 %). Une instruction secondaire et supérieure des femmes semble contribuer à la réduction de cette fréquence mais cette variable est liée à d'autres comme le lieu de résidence ou le niveau des revenus (graphique 10.2).



Émaciation

Par rapport à la population de référence, à Madagascar, l'émaciation est plus de 3 fois plus fréquente. Ce pourcentage (7 %) paraît être en augmentation. Le groupe le plus touché est celui des 12-23 mois (12 %), résultat supérieur à celui de l'enquête de 1992 (10 %). Ce groupe d'âges est particulièrement exposé aux microbes pathogènes et souffre fréquemment de diarrhée. Comme pour le retard de croissance, les risques d'émaciation sont moindres en ville (5 %) et surtout dans la capitale (4 %) qu'en milieu rural (8 %). Toamasina (9 %) affiche sur ce point un net handicap par rapport aux autres provinces, surtout vis à vis d'Antsiranana (4 %). Ici aussi, le niveau d'instruction de la mère n'a d'effet significatif que s'il atteint, au moins, le secondaire.

Insuffisance pondérale

L'insuffisance pondérale, mesurée par le rapport poids/âge, est comme l'émaciation, sensible aux variations saisonnières. 40 % des enfants de moins de trois ans en souffrent dont 13 % de façon sévère. Comme pour l'émaciation le groupe des 12-23 mois est le plus touché (56 %), chiffre, là aussi, en augmentation sensible par rapport à l'enquête de 1992 (49 %). Les variables explicatives disponibles "agissent" de façon analogue que sur l'émaciation à savoir que le milieu rural est nettement plus touché par l'insuffisance de poids : 41 % contre 36 % en ville et 29 % dans la capitale. Les provinces d'Antananarivo (44 %) et de Fianarantsoa (44 %) présentent les situations les moins favorables. À l'autre extrémité se situe Antsiranana (32 %). Seul un niveau d'instruction secondaire ou supérieur des mères agit efficacement contre la carence pondérale : 30 % contre plus de 42 % pour les autres femmes.

Pour chacun des trois indices présentés ci-dessus, on a, à chaque âge, comparé le résultat moyen à la valeur médiane théorique que constitue la population de référence. La distance entre la médiane théorique et le résultat observé est traduit en terme d'écart type. Le graphique 10.3 illustre bien la dégradation progressive de l'état nutritionnel des enfants malgaches, avec l'âge.

Tableau 10.7 État nutritionnel des enfants par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage d'enfants de moins de trois ans considérés comme atteints de malnutrition par caractéristiques socio-démographiques selon les trois indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel: taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, EDS Madagascar 1997

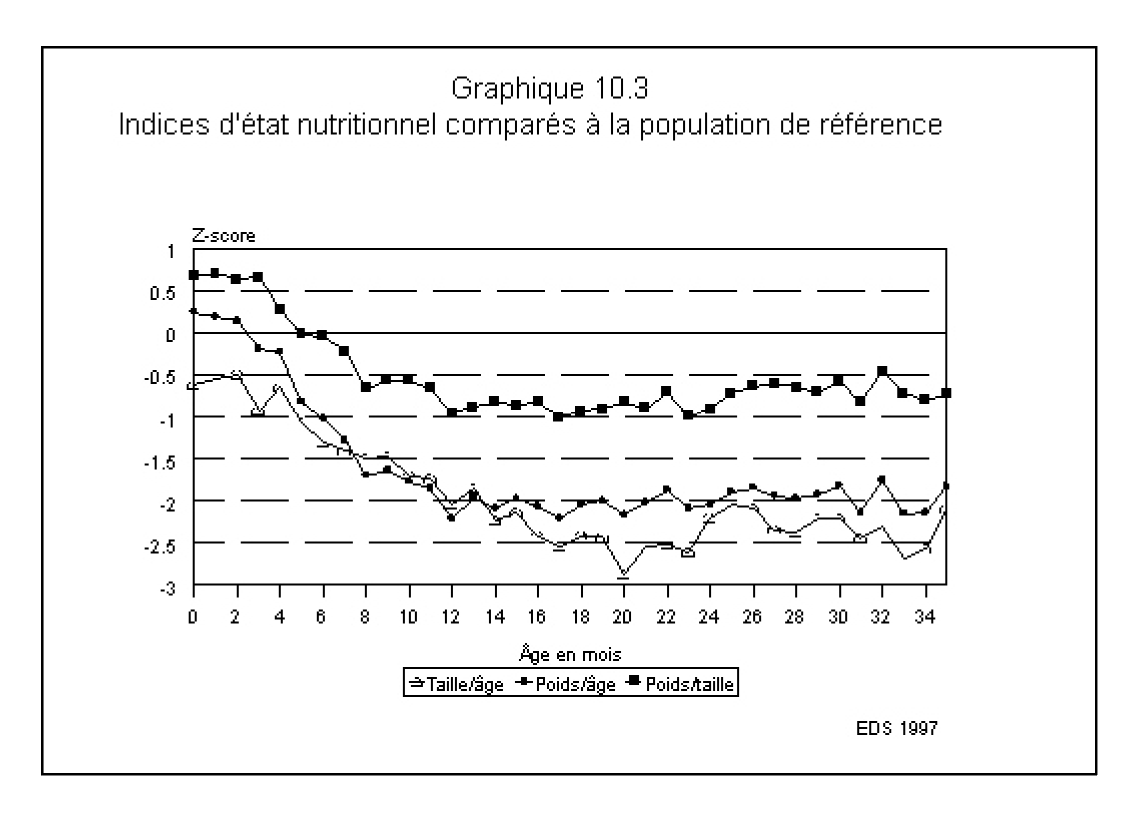
	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		
Caractéristique	Inférieur à -3ET	Inférieur à -2 ET[1]	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET[1]	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET[1]	Effectif
Milieu de résidence							
Capitale	14,2	40,5	0,4	3,9	6,9	29,3	115
Autres villes	20,5	45,6	0,8	5,7	10,9	37,0	485
Ensemble urbain	19,3	44,6	0,7	5,3	10,1	35,6	600
Rural	22,2	49,2	1,0	7,9	13,4	41,0	2 481
Province (Faritany)							
Antananarivo	25,7	57,0	0,8	7,9	15,1	43,8	968
Fianarantsoa	24,5	51,6	0,6	6,4	16,4	44,1	643
Toamasina	23,6	47,8	1,8	9,3	11,4	40,2	431
Mahajanga	16,6	41,0	1,2	7,2	9,9	34,2	431
Toliary	14,0	36,5	0,6	7,6	8,7	34,3	396
Antsiranana	15,0	37,1	0,6	4,2	7,5	31,8	211
Niveau d'instruction							
Aucun	23,1	48,5	1,1	7,5	13,9	42,3	632
Primaire	23,4	51,3	0,9	8,1	14,0	43,0	1 764
Secondaire ou supérieur	15,7	40,5	0,8	5,3	8,7	29,9	684
Ensemble des enfants	21,6	48,3	0,9	7,4	12,8	40,0	3 080

Note : Chaque indice est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Les enfants sont atteints de malnutrition s'ils se trouvent à moins de -2 ET (-2 ET et -3 ET) de la médiane de la population de référence.
[1] Les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET sont inclus dans cette catégorie.

Le rapport taille/âge met en évidence un retard de croissance dès les premiers mois, retard qui ne cesse de s'accroître jusque vers 20 mois ou il se stabilise à un niveau très faible, fluctuant à un niveau proche de -2,5 écarts type. Les mères mettent au monde des enfants de petite taille, ce qui laisse penser que la carence nutritionnelle commence avant la naissance.

L'insuffisance pondérale se manifeste dès le troisième mois et va en s'accentuant jusque vers 1,5 ans. Elle demeure ensuite à peu près constante, se situant à près de -2 écarts type.

En ce qui concerne l'émaciation, l'état des enfant paraît satisfaisant pour les moins de 6 mois; il tend à se dégrader jusqu'à un an pour se stabiliser ensuite à un niveau légèrement supérieur à -1 écart type. Le retard de croissance étant plus marqué que l'insuffisance pondérale, l'indice poids/taille traduit assez mal la réalité, conférant un résultat satisfaisant aux enfants atteints simultanément d'un retard de croissance et de poids.



10.3 ÉTAT NUTRITIONNEL DES MÈRES

Cette partie ne concerne que les femmes ayant, eu, au moins, une naissance au cours des trois années ayant précédé l'enquête. Il s'agit donc d'un sous-échantillon qui tend à sous-estimer les femmes jeunes (15-19 ans) et âgées (45-49 ans). De plus, en raison des non-réponses, sa taille varie selon le type de renseignements collectés.

L'état nutritionnel de la mère est un des déterminants de la mortalité maternelle ainsi que du bon déroulement des grossesses et de leur issue. De lui dépendent la morbidité et la mortalité des enfants. Dans le cadre de cette enquête, des informations ont été collectées sur le poids et la taille des femmes.

Du point de vue anatomique, la largeur du bassin est fonction de la taille de la femme. Les femmes "trop petites" risque donc d'avoir un bassin trop étroit et d'avoir des complications durant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. La taille critique est variable d'une population à une autre. On a coutume de la situer entre 1,40 m et 1,50 m. D'après le tableau 10.8, la taille moyenne des mères se situe légèrement au-dessus du seuil critique (1,53 m) avec un écart type de 6 centimètres. Huit pour cent des femmes se situent en dessous du seuil crique de 1,45 m et 31 % risquent des complications durant la grossesse, leur taille étant inférieure à 1,50 m (donnée non présentée au tableau 10.8). En ce qui concerne l'IMC, plus de 20 % des femmes souffrent d'insuffisance énergétique chronique, insuffisance modérée pour les 3/4 d'entre elles (donnée non présentée au tableau 10.8).

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques des mères (tableau 10.8), les tailles inférieures à 1,45 m sont plus particulièrement le fait des femmes très jeunes (14 % des moins de 20 ans) et de celles résidant dans la province de Toamasina (11 %). Sur ce dernier point l'effet de structure par âge des femmes de cette province pourrait avoir une influence. Notons que les femmes les plus instruites se situent rarement en dessous du seuil critique (5 %), femmes issues probablement de familles relativement aisées.

Tableau 10.8 Indicateurs anthropométriques des mères par caractéristiques socio-démographiques

Pour les mères d'enfants de moins de trois ans, taille moyenne et pourcentages de celles dont la taille est inférieure à 145 centimètres, Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentages de celles dont l'IMC est inférieur à 18,5, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Taille			Poids-pour-taille[1]		
Caractéristique	Moyenne	Pour-centage <145 cm	Effectif de mères	IMC moyen (kg/m²)	Pour-centage <18,5	Effectif de mères
Âge de la femme						
15-19	151,6	13,8	430	20,1	21,6	348
20-24	152,5	7,8	843	20,3	19,5	673
25-29	153,0	7,1	771	20,2	20,2	607
30-34	153,8	7,2	560	20,6	21,7	456
35-49	153,3	7,6	597	20,5	20,9	520
Milieu de résidence						
Capitale	152,7	8,8	112	21,2	16,7	95
Autres villes	153,4	8,0	518	20,8	19,1	427
Ensemble urbain	153,3	8,2	630	20,9	18,6	5 220
Rural	152,8	8,3	2 571	20,2	21,1	2
Province (Faritany)						
Antananarivo	152,2	9,4	917	20,4	19,4	748
Fianarantsoa	152,7	8,9	764	20,0	23,8	615
Toamasina	152,3	10,6	454	20,5	18,0	3711
Mahajanga	153,4	6,5	444	20,4	16,8	374
Toliary	154,3	5,4	414	20,3	27,9	322
Antsiranana	153,5	5,7	208	20,9	14,8	175
Niveau d'instruction						
Aucun	152,7	8,9	746	19,9	26,5	602
Primaire	152,6	9,4	1 776	20,3	19,8	1 453
Secondaire ou supérieur	153,9	4,8	679	21,0	16,3	5449
Ensemble	152,9	8,3	3 201	20,4	20,6	2 604

[1] Sont exclues les femmes enceintes et celles ayant eu un enfant dans les deux mois ayant précédé l'enquête.

Quant à l'IMC, on observe des variations sensibles au sein des distributions selon les variables socio-économiques : les femmes les plus jeunes, celles issues du milieu rural, celles résidant à Fianarantsoa et surtout à Toliary et les femmes n'ayant aucune instruction constituent des sous-groupes où la fréquence de déficience énergétique chronique est la plus forte. Parmi ces variables, l'âge et le niveau d'instruction semblent déterminants.

10.4 ANÉMIE CHEZ LES MÈRES ET LES ENFANTS

L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. L'anémie est habituellement la conséquence d'une déficience alimentaire en fer, en vitamine B_{12} et en d'autres nutriments. Bien que l'anémie puisse être causée par des hémorragies, des affections congénitales ou des maladies chroniques, elle est due le plus souvent à une déficience alimentaire, dont à la base, un manque de fer. (DeMaeyer et al., 1989; Yip, 1994).

L'anémie est reconnue comme un problème de santé publique important à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays du Tiers Monde. Dans le cas de Madagascar, où l'état nutritionnel de la population se révèle assez précaire, il était important d'évaluer également la prévalence de l'anémie chez les enfants et leur mère.

Au moment de mesurer la taille et le poids des enfants de moins de trois ans et de leur mère, on a aussi fait un prélèvement de sang chez les enfants de six mois ou plus et pour toutes les mères qui ont eu au moins un enfant au cours des trois ans ayant précédé l'enquête. Le prélèvement était réalisé de la manière suivante : a) du sang capillaire était relevé au moyen d'une piqûre au doigt faite à l'aide d'une petite lame rétractable (*Tenderlette*); b) on laissait alors tomber une ou deux gouttes de sang sur une cuvette miniature que l'on plaçait ensuite dans un hémoglobinomètre portatif (*HemoCue*®), appareil qui, en moins d'une minute, pouvait nous donner une mesure exacte du niveau (en grammes) d'hémoglobine par décilitre de sang; c) cette valeur était enfin enregistrée dans la section du questionnaire sur l'anthropométrie.

L'anémie peut être classée en trois niveaux, selon la concentration de l'hémoglobine dans le sang; cette classification a été développée par des chercheurs de l'OMS (DeMaeyer et al., 1989). Ainsi, l'anémie est considérée comme **sévère** si la mesure d'hémoglobine par décilitre de sang est inférieure à 7,0 g/dl, elle est **modérée** si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl et enfin, elle est qualifiée de **légère** si la mesure se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl. Pour les femmes enceintes et les enfants de moins de trois ans, l'anémie sera considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl.

Le niveau d'hémoglobine dans le sang augmente avec l'altitude. Ceci est dû au fait que la pression partielle de l'oxygène diminue en haute altitude, et il en est de même pour la saturation d'oxygène dans le sang; on assiste de plus à un phénomène de compensation qui fait augmenter la production de globules rouges afin d'assurer une irrigation sanguine adéquate (CDC, 1989). En d'autres termes, plus l'altitude est élevée, plus le besoin d'hémoglobine dans le sang augmente. À Madagascar, puisque les Hautes Terres constituent près des deux tiers du territoire et qu'en plus on dénombre une proportion importante de la population vivant dans des régions élevées, où dès lors la disponibilité en oxygène est limitée, il s'est avéré nécessaire d'ajuster et de normaliser les valeurs d'hémoglobine à ce qu'elles auraient été au niveau de la mer. Cet ajustement a été fait selon la formule mathématique suivante :

$Hb_a = Hb_o - (-0.32 \text{ x } alt + 0.22 \text{ x } alt^2)$, où
Hb_a représente le niveau d'hémoglobine ajusté,
Hb_o représente le niveau observé, et
alt représente [(*altitude en mètres*)/1.000] x 3.3

Puisque l'altitude n'était pas connue pour toutes les grappes de l'échantillon, les équipes de terrain ont mesuré l'altitude à l'aide des unités GPS *(Global Positioning System)*. Cette information, aussi bien que la longitude et la latitude, a été enregistrée pour toutes les grappes visitées.

10.4.1 Prévalence de l'anémie chez les mères

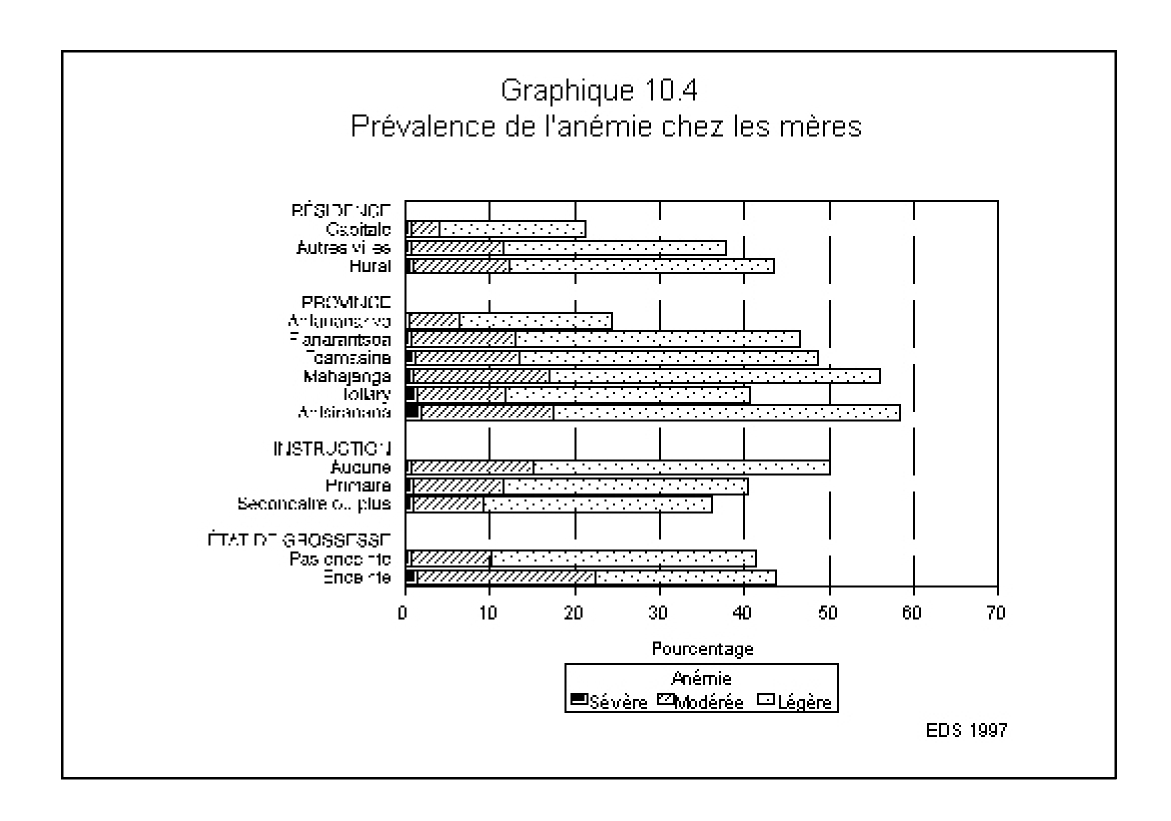
Le tableau 10.9 et le graphique 10.4 présentent les résultats des tests d'anémie chez les femmes qui ont eu, au moins, un enfant au cours des trois années précédant l'enquête. Quarante deux pour cent des mères sont atteintes d'anémie : 30 % sous forme légère, 11 % sous forme modérée et 1 % sous forme sévère. L'anémie prévaut davantage chez les femmes sans instruction que chez celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus : chez les premières, 15 % sont atteintes d'anémie sous forme modérée ou sévère, contre 9 % chez les secondes. En milieu rural, 12 % des mères sont atteintes d'anémie modérée ou sévère, contre à peine 4 % dans la capitale.

Tableau 10.9 Anémie chez les mères

Pourcentage de femmes qui ont eu, au moins, un enfant au cours des trois années ayant précédé l'enquête et qui sont atteintes d'anémie, selon le dégré d'anémie et quelques caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Niveau d'anémie			
Caractéristique	Sévère[1]	Modérée[2]	Légère[3]	Effectif
Groupe d'âges				
15-19	1,5	11,4	31,8	446
20-24	0,7	9,9	30,6	902
25-29	0,7	11,2	28,5	841
30-34	0,9	10,7	28,7	621
35-39	0,8	12,1	28,9	431
40-44	1,6	12,3	30,5	226
45-49	0,9	9,1	38,8	62
Milieu de résidence				
Capitale	0,7	3,3	17,3	134
Autres villes	0,7	10,8	26,2	601
Ensemble urbain	0,7	9,4	24,5	735
Rural	0,9	11,3	31,3	2 794
Province (Faritany)				
Antananarivo	0,5	6,0	17,8	1 018
Fianarantsoa	0,7	12,2	33,7	843
Toamasina	1,1	12,3	35,2	507
Mahajanga	0,9	16,2	38,8	475
Toliary	1,5	10,3	28,9	455
Antsiranana	1,8	15,6	40,9	231
Niveau d'instruction				
Aucun	0,8	14,3	34,9	811
Primaire	0,9	10,6	28,9	1 939
Secondaire ou plus	0,9	8,3	27,0	779
État de grossesse				
Pas enceinte	0,8	9,4	31,2	3 045
Enceinte	1,5	20,9	21,4	484
Allaitement				
N'allaite pas	1,2	12,5	27,7	1 268
Allaite	0,7	10,0	31,1	2 261
Grossesse et allaitement				
Pas enceinte n'allaite pas	1,0	7,9	30,8	848
Enceinte n'allaite pas	1,7	22,0	21,5	420
Pas enceinte allaite	0,7	9,9	31,3	2 197
Ensemble	0,9	10,9	29,9	3 529

[1] Niveau d'hémoglobine de moins de 7.0g/dl
[2] Niveau d'hémoglobine de 7.0 à 9.9g/dl
[3] Niveau d'hémoglobine de 10.0 à 11.9g/dl (de 10.0 à 10.9 pour les femmes enceintes)



Graphique 10.4
Prévalence de l'anémie chez les mères

Les résultats révèlent aussi que le risque d'anémie est beaucoup plus important chez les femmes enceintes—22 % d'entre elles sont atteintes d'anémie modérée ou sévère—que chez les femmes qui ne le sont pas (10 %). L'allaitement, par contre, ne semble pas augmenter le risque d'anémie d'une manière significative : les niveaux d'anémie des femmes qui allaitent sont sensiblement les mêmes que ceux observés chez les femmes n'allaitant pas.

10.4.2 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Les enfants de 6 à 35 mois souffrent beaucoup plus d'anémie que leur mères. Le tableau 10.10 indique qu'à Madagascar les deux tiers des enfants de moins de trois ans sont atteints d'anémie : 18 % d'anémie légère, 42 % d'anémie modérée et 7 % d'anémie sévère. La prévalence plus élevée chez les enfants peut être expliquée par une augmentation des besoins en fer à cet âge et par le fait que les enfants courent davantage le risque que leur organisme soit infesté de parasites.

On remarque aussi chez les enfants que la prévalence de l'anémie varie peu, contrairement au phénomène observé chez les mères, ce qui laisse supposer que l'anémie est une affection plutôt généralisée parmi les enfants malgaches. De plus, on observe que la prévalence de l'anémie diminue à mesure que le niveau d'instruction de la mère augmente : le pourcentage d'enfants atteints d'anémie modérée ou sévère se situe à 54 % chez ceux dont la mère n'est jamais allée à l'école, contre 44 % chez ceux dont la mère a fait des études secondaires ou plus.

Quant à l'âge, c'est entre 6 et 11 mois que les enfants sont le plus touchés par l'anémie. Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur la nutrition, c'est la période pendant laquelle beaucoup d'enfants ne reçoivent pas les suppléments alimentaires en quantité et en qualité suffisantes : la proportion d'enfants atteints d'anémie modérée ou sévère est de 59 % chez les enfants de 6 à 11 moins, contre 38 % chez les enfants de 24 à 35 mois.

Tableau 10.10 Anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6 à 35 mois qui sont atteints d'anémie, selon le dégré d'anémie et quelques caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Niveau d'anémie			Effectif
	Sévère[1]	Modérée[2]	Légère[3]	
Âge de la mère				
15-24	8,0	44,5	16,3	1 037
25-34	6,7	42,0	18,4	1 140
35 ou plus	7,0	37,3	18,0	502
Milieu de résidence				
Capitale	4,1	42,8	20,1	96
Autres villes	5,2	38,2	23,3	431
Ensemble urbain	5,0	39,0	22,7	527
Rural	7,8	42,9	16,2	2 153
Province (Faritany)				
Antananarivo	2,3	34,9	17,9	826
Fianarantsoa	8,7	43,7	15,8	604
Toamasina	12,3	49,3	15,1	378
Mahajanga	11,0	44,5	15,5	354
Toliary	4,9	42,9	22,4	340
Antsiranana	11,7	48,3	21,6	178
Niveau d'instruction de la mère				
Aucun	9,4	44,5	14,3	593
Primaire	7,5	42,1	17,7	1 499
Secondaire ou plus	4,4	39,6	20,1	587
Sexe de l'enfant				
Masculin	8,2	44,5	16,8	1 351
Feminin	6,2	39,7	18,3	1 329
Âge de l'enfant (en mois)				
6-11	12,5	46,9	13,9	595
12-23	7,5	46,1	18,3	1 155
24-35	3,5	34,0	18,8	930
Rang de naissance				
1	8,2	39,5	16,4	575
2-3	6,8	44,0	17,5	865
4-5	7,1	45,4	18,4	559
6 ou plus	7,2	39,1	17,7	681
Interval intergénésique				
Première naissance	8,2	39,3	16,6	577
Moins de 24 mois	6,0	43,9	16,3	484
24-27 mois	7,7	43,9	18,2	1 259
48 ou plus	5,8	38,0	18,1	359
Ensemble	7,2	42,1	17,5	2 680

[1] Niveau d'hémoglobine de moins de 7.0g/dl
[2] Niveau d'hémoglobine de 7.0 à 9.9g/dl
[3] Niveau d'hémoglobine de 10.0 à 11.9g/dl

Les résultats présentés au tableau 10.11 indiquent que l'anémie est plus fréquente chez les enfants dont la mère est elle-même anémique : 70 % des enfants dont la mère est atteinte d'anémie modérée ou sévère sont eux aussi atteints d'anémie modérée ou sévère, tandis que chez les enfants de mères non anémiques, cette proportion est de 50 %.

Tableau 10.11 Anémie chez les enfants et les mères

Répartition (en %) des enfants de 6 à 35 mois, selon le niveau d'anémie de leur mère, EDS Madagascar 1997

Niveau d'anémie chez les mères	Niveau d'anémie chez les enfants				Total	Effectif d'enfants
	Sévère[1]	Modérée[2]	Légère[3]	Normal		
Sevère[1]	*	*	*	*	*	16
Moderée[2]	15,1	54,9	16,4	13,6	100,0	237
Légère [3]	10,7	54,2	19,5	15,6	100,0	730
Normal	5,7	44,6	21,3	28,4	100,0	1 317
Ensemble	8,3	48,6	20,2	22,8	100,0	2 299

* Basé sur moins de 25 cas
[1] Niveau d'hémoglobine de moins de 7,0g/dl
[2] Niveau d'hémoglobine de 7,0 à 9,9g/dl
[3] Niveau d'hémoglobine de 10,0 à 11,9g/dl (de 10,0 à 10,9 pour les femmes enceintes)

10.5 CÉCITÉ NOCTURNE CHEZ LES MÈRES ET LES ENFANTS

Les carences en vitamine A (ou avitaminose A) qui résultent d'une alimentation pauvre et peu variée ainsi que d'une consommation insuffisante d'aliments contenant cette vitamine se manifestent, à un certain stade, par une affection connue sous le nom de cécité nocturne (ou crépusculaire). Les personnes atteintes de cette affection éprouvent des difficultés pour voir au crépuscule ou dans une pièce mal éclairée. Lors de l'EDS, pour chaque enfant né au cours des trois années ayant précédé l'enquête, on a demandé aux mères : *(NOM DE L'ENFANT) a-t-il/elle des difficultés à voir à la tombée du jour ?* Puisqu'une réponse affirmative à cette question pouvait aussi inclure les enfants souffrant d'un autre type d'affection, on posait en plus la question suivante : *(NOM DE L'ENFANT) a-t-il/elle des difficultés à voir pendant la journée aussi ?* ce qui permettait de n'identifier que les enfants atteints de cécité nocturne.

Le tableau 10.12 présente la proportion d'enfants qui montrent des symptômes de cécité nocturne, d'après la déclaration de la mère. Bien que toutes les mères ayant des enfants de moins de trois ans aient été interrogées, celles dont l'enfant ne se déplace pas encore risquent de ne pas savoir avec certitude si leur enfant est atteint de cécité nocturne. Pour cette raison, on ne présente les résultats que pour les enfants de 18 à 35 mois.

Tableau 10.12 Cécité nocturne chez les enfants

Pourcentage des enfants de 18-35 mois qui montrent des symptômes de cécité nocturne, qui manquent de vitamine A dans leur alimentation et qui ont déjà reçu un comprimé de vitamine A, par caractèristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Symptômes de cécité nocturne	Manque de vitamine A dans leur alimentation	A déjà pris un comprimé de vitamine A	Effectif
Âge de la mère				
15-24	1,6	8,8	5,2	607
25-34	2,3	6,3	4,1	679
35-49	1,6	6,8	2,6	307
Milieu de résidence				
Capitale	3,0	0,7	11,2	66
Autres villes	2,9	9,3	5,3	265
Ensemble urbain	2,9	7,6	6,5	331
Rural	1,6	7,3	3,6	1 262
Province (Faritany)				
Antananarivo	2,2	2,2	5,1	503
Fianarantsoa	1,7	13,8	5,2	353
Toamasina	1,6	4,5	6,1	223
Mahajanga	1,9	7,4	0,4	214
Toliary	2,4	16,4	2,4	190
Antsiranana	1,1	0,0	3,8	110
Niveau d'instruction de la mère				
Aucun	1,5	12,2	2,9	367
Primaire	1,6	6,6	3,0	862
Secondaire ou plus	3,1	4,3	8,4	364
Sexe de l'enfant				
Masculin	2,6	7,2	3,9	774
Feminin	1,2	7,5	4,5	819
Rang de naissance de l'enfant				
1	2,4	6,3	6,7	372
2-3	2,7	6,9	4,6	525
4-5	1,4	5,3	3,5	309
6 ou plus	0,7	10,5	1,8	387
Interval avec la naissance				
Moins de 24 mois	2,3	7,6	4,7	440
24-27 mois	1,3	7,7	3,5	895
48 mois ou plus	3,4	5,5	5,9	257
Ensemble	1,9	7,3	4,2	1 593

La prévalence de la cécité nocturne chez les enfants de 18 à 35 mois est de 2 %. Les résultats présentés au tableau 10.12 semblent contradictoires, car ils indiquent que ce seraient les enfants du milieu urbain et ceux nés des femmes les plus scolarisées qui seraient les plus atteints de cécité nocturne. Or, ce sont justement ces enfants qui souffrent le moins de malnutrition (voir tableau 10.7) et qui présentent une faible carence en vitamine A dans leur alimentation.[4]

Pour lutter contre l'avitaminose A, quelques services de santé fournissent aux enfants des capsules de vitamine A. Pour évaluer la portée de ce programme, on a demandé à toutes les mères d'enfants de moins de trois ans si leur enfant avait déjà reçu une de ces capsules. On observe au tableau 10.12 que 11 % des enfants de la capitale ont reçu, au moins, une dose de vitamine A, contre 5 % pour ceux des autres villes et 4 % pour ceux résidant en milieu rural. Les enfants dont la mère a, au moins, un niveau secondaire (8 %) ont plus fréquemment reçu, au moins, une dose de vitamine A que ceux dont la mère n'a jamais fréquenté l'école (3 %).

Il est possible que l'apparente contradiction entre l'absorption de vitamine A et la prévalence de la cécité nocturne provienne du fait que les femmes les plus instruites et celles résidant en milieu urbain sont, peut-être, plus conscientes de l'existence et des symptômes de cette affection et les déclarent plus facilement. Cette hypothèse laisserait présager que la prévalence de la cécité nocturne chez les enfants dont la mère est non scolarisée et chez ceux dont la mère réside en milieu rural est probablement sous-estimée.

La déplétion de la vitamine A dans l'organisme, aussi bien que des autres micro-nutriments, est plus accentuée pendant la grossesse, et beaucoup plus aiguë chez les femmes sous-alimentées. C'est pour cette raison que les programmes de lutte contre les carences en vitamine A s'efforcent de cibler les femmes enceintes.

Tableau 10.13 Cécité nocturne chez les femmes enceintes

Pourcentage de femmes actuellement enceintes qui présentent des symptômes de cécité nocturne, par caractèristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Pourcentage avec des symptômes cécité nocturne	Effectif de femmes encientes
Âge		
15-24	2,2	333
25-34	3,5	290
35-49	5,0	99
Milieu de résidence		
Capitale	10,0	35
Autres villes	4,6	113
Ensemble urbain	5,8	147
Rural	2,4	575
Province (Faritany)		
Antananarivo	3,2	199
Fianarantsoa	0,8	162
Toamasina	8,6	120
Mahajanga	1,0	79
Toliary	3,3	110
Antsiranana	0,0	51
Niveau d'instruction		
Aucun	2,1	171
Primaire	1,4	383
Secondaire ou plus	7,9	168
Durée de la grossesse		
Moins de 6 mois	3,4	397
6 mois ou plus	2,7	325
Ensemble	3,1	722

Au cours de l'EDS, on a demandé aux femmes qui étaient enceintes au moment de l'enquête, si elles avaient des symptômes de cécité nocturne, c'est-à-dire si elles avaient des difficultés à voir à la tombée du jour. Le tableau 10.13 indique que 3 % des femmes enceintes ont déclaré avoir ce problème. Cependant, comme dans le cas des enfants, c'est chez les femmes de la capitale et chez les plus scolarisées que la prévalence de la cécité nocturne est la plus importante. Or, ces femmes ont un Indice de Masse Corporelle (IMC) tout à fait normal, ce qui laisse présager qu'elles ne souffrent pas outre mesure de problèmes de malnutrition (voir tableau 10.8). Cette apparente contradiction peut encore une fois provenir du fait que les femmes les plus instruites et celles résidant en milieu urbain sont plus conscientes de l'existence et des symptômes de la cécité nocturne et les déclarent plus facilement.

[4] Les enfants ayant une carence en Vitamine A dans leur alimentation sont ceux qui, d'après la déclaration de leur mère, n'ont mangé ni feuilles vertes ni fruits ou légumes jaunes dans les sept jours qui ont précédé l'enquête.

CHAPITRE 11

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA

Georges Gonzales, Jocelyne Andriamiadana, et Adeline Ranaivo

Malgré un faible taux de prévalence de l'infection par VIH à Madagascar (estimé à 0,07 % en 1995) (PNLS, 1995), le risque d'explosion demeure considérable en raison de la prévalence élevée des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) classiques (prévalence de 12 % de la syphilis chez les femmes enceintes selon la même étude) et des comportements sexuels à risque de la population.

Depuis la mise en place du Programme National de Lutte contre les MST et le sida (PNLS) en 1988 et avec l'appui des divers partenaires nationaux et internationaux, le Ministère de la Santé s'est mobilisé en vue d'informer la population sur les MST et le sida et d'assurer la prise en charge correcte des MST classiques.

Le module "sida et autres MST" de cette enquête permet d'avoir des données nationales disponibles sur les comportements, les attitudes et les pratiques des femmes malgaches de 15 à 49 ans vis-à-vis de ces affections.

Ainsi, l'INSTAT a collecté auprès de ces femmes des informations sur :

- la connaissance et les épisodes antérieurs de MST;
- la connaissance et les principales sources d'information relatives au sida;
- la connaissance des moyens de prévention et de transmission du sida;
- les attitudes et opinions des femmes sur les MST et le sida;
- la perception du risque individuel vis-à-vis du sida;
- le nombre de partenaires sexuels;
- l'utilisation du condom.

11.1 MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST)

11.1.1 Niveau de connaissance des MST

Au moment de l'enquête, on a demandé aux femmes si elles avaient déjà entendu parler des maladies qui se transmettent sexuellement et si elles pouvaient citer celles qu'elles connaissaient. Les résultats présentés dans le tableau 11.1 indiquent que 54 % des femmes interrogées ont déjà entendu parler d'au moins une MST.

On note une différence significative du niveau de connaissance des MST selon le milieu de résidence de la femme : les femmes urbaines sont mieux informées (près de trois femmes sur quatre disent avoir entendu parler d'au moins une MST) que les femmes rurales (46 % sont dans le même cas). La différence est encore plus nette dans la capitale où près de 90 % des femmes ont déjà entendu parler des MST. On note également une différence significative de la connaissance des MST selon le niveau d'instruction : 86 % des femmes de niveau secondaire ou supérieur ont entendu parler des MST contre moins de 48 % de celles de niveau primaire et seulement 29 % de celles n'ayant aucune instruction. Les femmes de Fianarantsoa et Toliary semblent être les moins informées. Les différences de niveau de connaissance ne paraissent être liées ni à l'âge, ni au statut matrimonial de la femme.

Tableau 11.1 Connaissance des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

Pourcentage de femmes qui connaissent certaines Maladies Sexuellement Transmisibles (MST), par MST spécifique et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Connaissances des MST						
Caractéristique	Syphilis	Gonorrhée/ Blennoragie	Sida	Condylome/ Tumeur génitale	Autre	N'en connaît aucune	Effectif
Groupe d'âges							
15-19	17,6	18,9	36,8	0,1	0,9	55,1	1 553
20-24	21,2	23,3	43,7	0,7	1,0	46,2	1 325
25-29	25,8	29,1	44,4	0,6	1,4	41,9	1 196
30-39	25,8	27,8	45,9	0,9	1,1	41,5	1 856
40-49	20,7	26,5	42,0	0,9	1,5	44,6	1 130
État matrimonial							
En union actuellement	21,3	25,3	41,4	0,7	1,3	46,4	4 438
En union auparavant	23,2	26,1	37,4	0,9	1,4	46,5	974
Jamais mariée	24,5	23,6	49,0	0,5	0,8	44,4	1 648
Milieu de résidence							
Capitale	56,9	43,9	86,9	0,9	1,0	10,3	636
Autres villes	28,9	29,0	58,3	1,3	0,8	32,6	1 351
Ensemble urbain	37,9	33,8	67,5	1,2	0,9	25,5	1 987
Rural	16,2	21,6	32,8	0,4	1,3	53,9	5 073
Province (Faritany)							
Antananarivo	25,2	25,3	59,3	0,6	0,5	38,2	2 387
Fianarantsoa	11,5	19,3	28,7	0,1	0,8	58,3	1 432
Toamasina	18,1	22,4	39,5	0,5	4,8	48,9	1 007
Mahajanga	28,5	32,7	36,2	0,9	0,2	41,7	852
Toliary	23,4	17,7	31,7	1,5	0,9	53,1	876
Antsiranana	35,9	44,2	39,2	1,0	0,1	36,0	506
Niveau d'instruction							
Aucun	13,6	15,0	12,8	0,4	0,9	70,9	1 499
Primaire	13,3	19,4	36,0	0,4	1,4	52,3	3 662
Secondaire ou supérieur	46,5	43,8	79,0	1,3	1,0	13,9	1 897
Ensemble	22,3	25,0	42,6	0,6	1,2	45,9	7 060

Le sida est la maladie la plus citée (43 %), devançant la gonorrhée ou blénnorragie (citée par 25 % des femmes) et la syphilis ou vérole (22 %). Les maladies telles que le condylome, aussi appelé tumeur génitale ou crête de coq, ou les autres maladies sont peu citées (moins de 2 %). De toutes les MST, c'est le sida qui est la mieux connue, et cela quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des femmes.

11.1.2 Prévalence des MST

Le tableau 11.2 présente les pourcentages de femmes ayant déclaré avoir eu une MST au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, par type de maladie. Parmi toutes les femmes enquêtées, 2,2 % ont déclaré avoir contracté, au moins, une MST : 1,2 % ont déclaré avoir eu une gonorrhée et 0,8 % la syphilis.

Tableau 11.1 Connaissance des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

Pourcentage de femmes qui connaissent certaines Maladies Sexuellement Transmisibles (MST), par MST spécifique et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Connaissances des MST						
Caractéristique	Syphilis	Gonorrhée/ Blennoragie	Sida	Condylome/ Tumeur génitale	Autre	N'en connaît aucune	Effectif
Groupe d'âges							
15-19	17,6	18,9	36,8	0,1	0,9	55,1	1 553
20-24	21,2	23,3	43,7	0,7	1,0	46,2	1 325
25-29	25,8	29,1	44,4	0,6	1,4	41,9	1 196
30-39	25,8	27,8	45,9	0,9	1,1	41,5	1 856
40-49	20,7	26,5	42,0	0,9	1,5	44,6	1 130
État matrimonial							
En union actuellement	21,3	25,3	41,4	0,7	1,3	46,4	4 438
En union auparavant	23,2	26,1	37,4	0,9	1,4	46,5	974
Jamais mariée	24,5	23,6	49,0	0,5	0,8	44,4	1 648
Milieu de résidence							
Capitale	56,9	43,9	86,9	0,9	1,0	10,3	636
Autres villes	28,9	29,0	58,3	1,3	0,8	32,6	1 351
Ensemble urbain	37,9	33,8	67,5	1,2	0,9	25,5	1 987
Rural	16,2	21,6	32,8	0,4	1,3	53,9	5 073
Province (Faritany)							
Antananarivo	25,2	25,3	59,3	0,6	0,5	38,2	2 387
Fianarantsoa	11,5	19,3	28,7	0,1	0,8	58,3	1 432
Toamasina	18,1	22,4	39,5	0,5	4,8	48,9	1 007
Mahajanga	28,5	32,7	36,2	0,9	0,2	41,7	852
Toliary	23,4	17,7	31,7	1,5	0,9	53,1	876
Antsiranana	35,9	44,2	39,2	1,0	0,1	36,0	506
Niveau d'instruction							
Aucun	13,6	15,0	12,8	0,4	0,9	70,9	1 499
Primaire	13,3	19,4	36,0	0,4	1,4	52,3	3 662
Secondaire ou supérieur	46,5	43,8	79,0	1,3	1,0	13,9	1 897
Ensemble	22,3	25,0	42,6	0,6	1,2	45,9	7 060

Le sida est la maladie la plus citée (43 %), devançant la gonorrhée ou blénnorragie (citée par 25 % des femmes) et la syphilis ou vérole (22 %). Les maladies telles que le condylome, aussi appelé tumeur génitale ou crête de coq, ou les autres maladies sont peu citées (moins de 2 %). De toutes les MST, c'est le sida qui est la mieux connue, et cela quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des femmes.

11.1.2 Prévalence des MST

Le tableau 11.2 présente les pourcentages de femmes ayant déclaré avoir eu une MST au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, par type de maladie. Parmi toutes les femmes enquêtées, 2,2 % ont déclaré avoir contracté, au moins, une MST : 1,2 % ont déclaré avoir eu une gonorrhée et 0,8 % la syphilis.

Les réponses aux questions concernant les MST dépendent bien sûr de la sincérité de la personne interrogée, les MST étant toujours considérées comme des maladies honteuses. Les différences notées reflètent-elles la réalité? Seule une enquête de surveillance épidémiologique pourrait vraiment confirmer ces écarts. Or, une telle enquête ne constitue pas une priorité immédiate tant que des médicaments anti-MST ne sont pas disponibles sur tout le territoire.

11.2 CONNAISSANCE ET ATTITUDES FACE AU SIDA

Cette section présente les données sur la connaissance du sida ainsi que sur les sources d'information, les moyens de prévention, les opinions et la perception du risque de contracter la maladie.

11.2.1 Connaissance du sida et sources d'informations sur le sida

Selon les informations disponibles dans le tableau 11.3, 69 % des femmes ont déclaré avoir déjà entendu parler du sida.

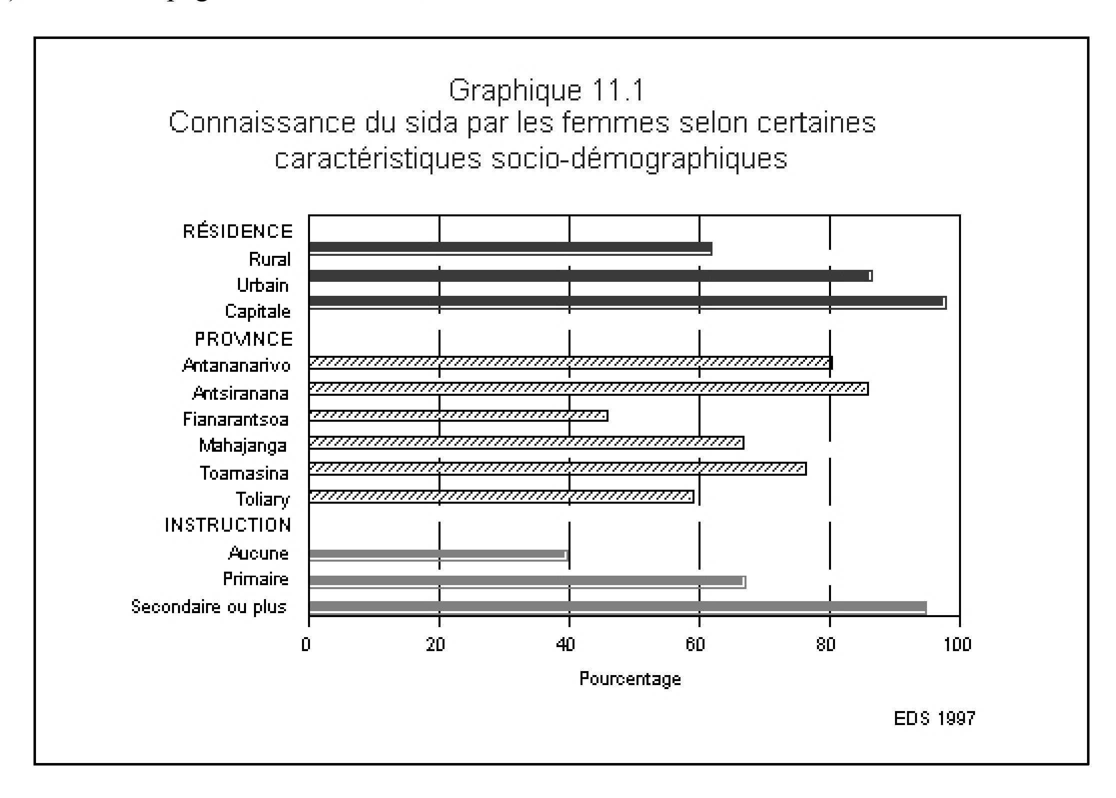
Tableau 11.3 Connaissance du sida

Pourcentage de femmes qui connaissent le sida et pourcentage de celles qui ont entendu parler du sida selon les principales sources d'information et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Connaît le sida	Sources d'information sur le sida: Radio	TV	Journaux	Brochure	Agent de santé	Mosquée/ Église	École	Animation de Quartier	Parents	Amis	Vidéo clubs	Autres sources	Effectif
Groupe d'âges														
15-19	62,5	32,2	9,0	3,8	4,7	4,3	0,5	11,2	4,8	1,1	20,7	1,1	0,3	1 553
20-24	69,6	40,6	9,5	4,5	5,2	8,0	0,5	4,2	5,3	0,2	24,7	0,4	0,6	1 325
25-29	70,2	43,5	7,5	5,5	7,9	9,8	1,4	1,5	5,6	0,9	20,9	1,0	0,6	1 196
30-39	72,0	46,0	10,4	5,4	5,7	11,5	0,9	0,7	5,4	0,7	19,7	0,6	0,9	1 856
40-49	70,6	47,3	10,0	5,0	5,1	9,4	1,3	0,9	6,5	0,6	19,7	0,4	1,1	1 130
État matrimonial														
En union actuellement	68,6	42,3	8,1	4,7	5,4	9,8	0,9	1,3	5,1	0,6	20,7	0,5	0,7	4 438
En union auparavant	66,0	36,8	6,1	3,9	5,3	8,3	0,6	0,9	7,8	0,4	24,0	0,7	0,7	974
Jamais mariée	71,7	43,2	14,8	5,7	6,6	5,5	1,0	12,5	4,9	1,0	20,3	1,1	0,7	1 648
Milieu de résidence														
Capitale	98,0	79,1	43,3	13,0	12,8	3,8	1,5	9,5	4,6	0,5	8,2	0,6	2,5	636
Autres villes	81,1	54,1	17,4	6,5	9,5	11,5	0,8	7,4	6,9	1,1	21,5	1,2	0,9	1 351
Ensemble urbain	86,5	62,1	25,7	8,6	10,5	9,0	1,0	8,1	6,1	0,9	17,2	1,0	1,4	1 987
Rural	62,1	33,8	3,0	3,4	3,7	8,4	0,9	2,2	5,2	0,6	22,5	0,6	0,4	5 073
Province (Faritany)														
Antananarivo	80,3	63,0	17,4	8,0	6,6	5,2	1,1	5,5	3,7	0,7	11,7	0,4	1,0	2 387
Fianarantsoa	46,1	22,7	2,7	2,2	5,2	8,3	0,9	1,8	2,4	0,5	15,0	0,4	0,7	1 432
Toamasina	76,3	43,2	5,6	4,1	3,7	13,1	1,2	4,0	10,4	1,0	20,0	1,2	0,3	1 007
Mahajanga	66,8	35,0	6,8	4,3	4,7	6,9	0,3	2,6	2,9	0,4	33,6	0,6	0,4	852
Toliary	59,1	23,0	6,7	2,8	6,0	10,2	1,0	1,9	3,1	1,0	30,5	1,6	0,5	876
Antsiranana	86,0	36,3	7,1	3,3	7,3	16,7	0,3	6,8	20,7	0,8	46,9	0,6	0,5	506
Niveau d'instruction														
Aucun	39,8	14,1	0,6	0,5	1,1	5,1	0,6	0,2	3,3	0,7	22,1	0,3	0,3	1 499
Primaire	67,3	37,0	3,6	2,3	4,1	8,0	0,8	0,9	6,4	0,6	24,0	0,6	0,5	3 662
Secondaire ou supérieur	95,0	72,8	27,4	13,1	12,3	12,6	1,4	12,4	5,3	0,9	14,5	1,2	1,3	1 897
Ensemble des femmes	68,9	41,7	9,4	4,8	5,7	8,6	0,9	3,8	5,5	0,7	21,0	0,7	0,7	7 060

Cette connaissance varie selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes comme on peut le constater au graphique 11.1.

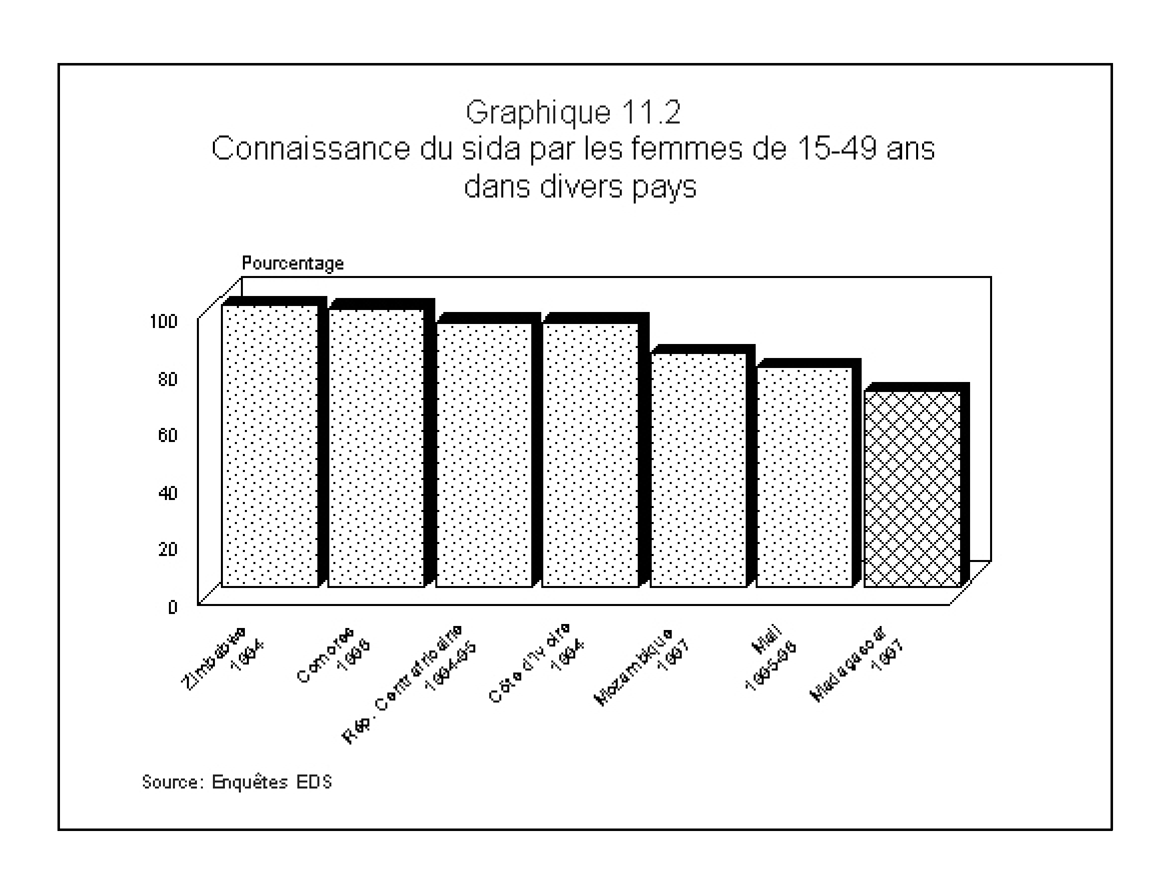
Les différences entre les catégories de femmes sont particulièrement nettes selon le niveau d'instruction. En effet, presque toutes les femmes de niveau, au moins, secondaire (95 %) ont répondu avoir déjà entendu parler du sida, contre les deux tiers de celles ayant un niveau primaire (67 %) et moins de la moitié de celles qui ne sont jamais allées à l'école (40 %). Par ailleurs, le milieu ou la province de résidence de la femme influe aussi sur le niveau de connaissance du sida puisque la quasi-totalité des femmes de la capitale (98 %) connaissent le sida contre 81 % de celles résidant dans les autres villes et 62 % des femmes rurales. La connaissance du sida est moins bonne dans les provinces de Fianarantsoa (46 %) et de Toliary (59 %), où des campagnes d'information, d'éducation et de communication méritent d'être intensifiées.



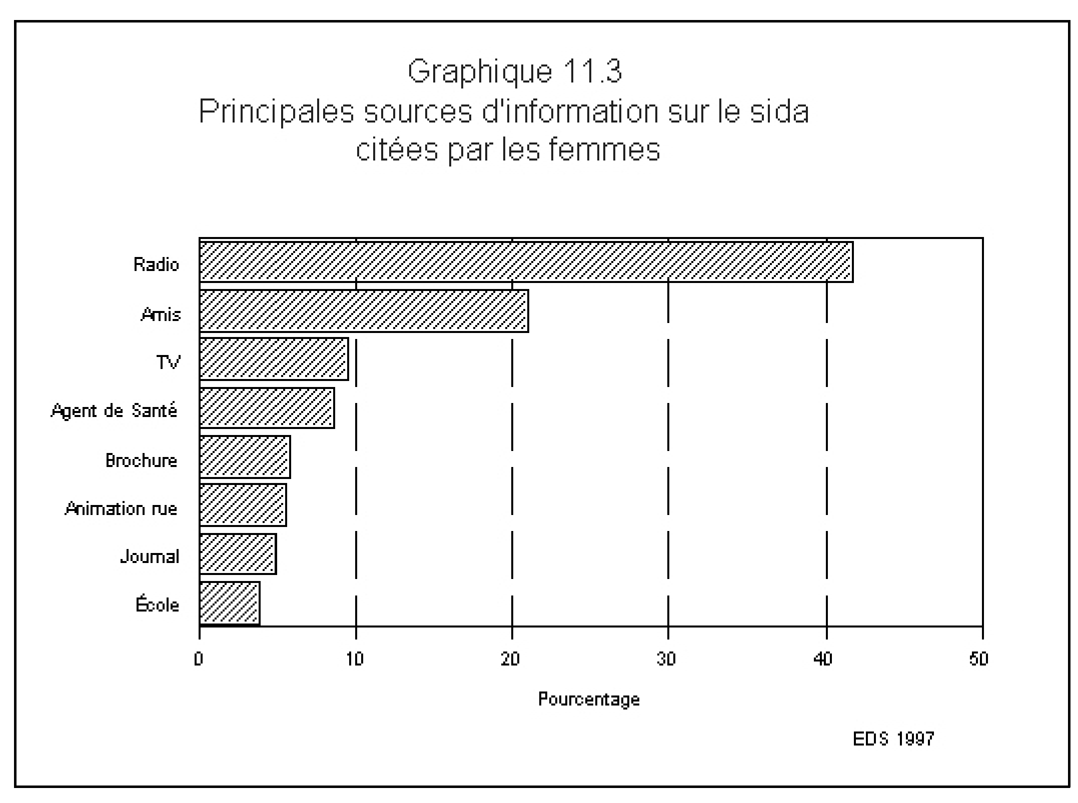
Le graphique 11.2 présente une comparaison internationale sur la connaissance du sida par les femmes de 15 à 49 ans. On note que le niveau de connaissance du sida à Madagascar est plus faible que dans les autres pays. Généralement, les niveaux de connaissance sont élevés dans les pays à forte prévalence du VIH. Par contre, le pourcentage aux Comores est nettement supérieur à celui de Madagascar, bien qu'on y trouve une prévalence comparable.

Le graphique 11.3 présente également les principales sources d'information des femmes sur le sida.

La principale source d'information sur le sida est la radio (42 %). Cette source d'information est plus fréquemment citée par les femmes urbaines (62 %) et plus particulièrement par celles de la capitale (79 %) que par celles du milieu rural (qui ne la citent que dans 34 % des cas). Le niveau d'instruction joue également un rôle important puisque 73 % des femmes du niveau secondaire et supérieur citent la radio contre seulement 14 % des femmes n'ayant jamais fréquenté l'école. Par contre, on note que la télévision n'est citée que par 9 % des femmes, ce qui peut s'expliquer par la faible proportion de ménages disposant d'un téléviseur.



Graphique 11.2
Connaissance du sida par les femmes de 15-49 ans
dans divers pays



Graphique 11.3
Principales sources d'information sur le sida
citées par les femmes

Les amis constituent la seconde plus importante source d'information sur le sida (21 %) ce qui prouve l'efficacité de la communication par les pairs. On note, par contre, une très faible proportion de femmes (moins de 1 %) qui citent leurs parents. La sexualité constitue encore un sujet tabou dans la majorité des familles malgaches. Il convient de remarquer que les agents de santé n'ont été cités que par 9 % des femmes interrogées, ce qui nous amène à souligner la nécessité d'un renforcement des activités de prévention des MST/sida dans les centres de santé.

Les données sur la connaissance des modes de transmission du virus figurent au tableau 11.4. La transmission sexuelle a été citée par la quasi-totalité des femmes connaissant le sida (95 %). De même, tous les modes de transmission par voie sanguine sont assez bien connus : 76 % des femmes ont déclaré connaître la transmission par transfusion et 71 % par le contact avec le sang (il s'agit en particulier de la pratique traditionnelle du *fatidra,* ou liens de sang conclus entre amis). Par contre, on relève la persistance de nombreuses fausses croyances : celle relative à la transmission par piqûre de moustique (30 %), par les baisers (42 %), en partageant la nourriture ou la vaisselle avec un sidéen (47 %) ou encore en touchant une personne atteinte du sida (47 %).

Tableau 11.4 Connaissance des modes de transmissions du sida

Proportion de réponses obtenues sur les modes de transmission du sida selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Connaissance des modes de transmission du sida							
	Pourcentage de femmes qui disent que le sida ne peut pas être transmis				Pourcentage de femme qui disent que le sida peut être transmis par			Effectif de femmes connais-sant le sida
Caractéristique	Touchant une personne	Partageant la vaisselle	Par des baisers	Par piqûres d'insectes	Rapports sexuels	Contact avec du sang	Trans-fusions	
Groupe d'âges								
15-19	47,0	47,1	42,4	31,0	93,3	68,2	75,5	970
20-24	49,4	49,7	45,5	31,4	94,3	70,3	73,7	923
25-29	48,3	48,4	43,4	30,1	95,9	73,5	76,2	839
30-39	46,5	46,9	43,0	29,9	95,5	72,1	76,4	1 337
40-49	41,2	42,4	35,7	28,8	95,7	71,1	75,9	798
État matrimonial								
En union actuellement	44,8	44,9	40,6	29,4	94,8	70,1	73,9	3 040
En union auparavant	40,8	41,7	33,8	28,6	95,1	70,0	73,5	643
Jamais en union	54,3	55,4	51,0	33,4	95,2	74,1	80,9	1 183
Milieu de résidence								
Capitale	75,8	75,2	68,9	39,4	98,2	86,3	88,9	623
Autres villes	58,7	56,9	51,5	29,9	96,5	76,3	82,2	1 096
Ensemble urbain	64,9	63,6	57,8	33,4	97,1	80,0	84,6	1 719
Rural	36,6	37,9	33,7	28,6	93,8	66,2	70,6	3 148
Province (Faritany)								
Antananarivo	51,3	54,2	48,9	31,3	96,4	78,6	81,5	1 917
Fianarantsoa	47,5	45,0	42,5	35,5	95,2	56,7	57,1	660
Toamasina	51,4	50,7	44,6	33,7	91,9	62,0	72,4	768
Mahajanga	39,2	36,0	34,2	22,4	95,1	77,6	79,1	569
Toliary	30,7	33,7	27,9	17,8	89,7	72,0	69,9	517
Antsiranana	44,5	41,7	35,9	36,4	99,7	66,3	85,4	435
Niveau d'instruction								
Aucun	23,8	23,5	18,5	21,4	87,6	56,4	58,0	597
Primaire	35,4	36,4	31,4	27,0	93,9	65,4	70,2	2 466
Secondaire ou supérieur	69,4	69,2	64,9	37,7	98,8	83,6	88,8	1 803
Effectif	46,6	47,0	42,2	30,3	94,9	71,1	75,6	4 867

11.2.2 Connaissance des moyens de prévention contre le sida

Parmi les femmes ayant déjà entendu parler du sida, pratiquement un tiers (30 %) affirme qu'il n'y a aucun moyen d'éviter de contracter cette maladie et un autre tiers n'a aucune idée sur la question. En milieu rural la proportion de femmes pensant que le sida ne peut être évité est beaucoup plus élevée qu'en milieu urbain (36 % contre 20 %); de même, 39 % des femmes du milieu rural déclarent ne pas savoir si le sida est évitable ou comment il peut être évité, alors que cette proportion n'est que de 21 % en milieu urbain. On retrouve les mêmes types d'écarts selon le niveau d'instruction : plus de la moitié des femmes sans instruction (57 %) partagent l'opinion selon laquelle le sida n'est pas évitable contre 13 % des femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur. En outre, 59 % des femmes sans instruction ne savent pas si le sida est évitable ou comment l'éviter, contre 14 % des femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur.

Au tableau 11.5, qui présente des réponses multiples, la limitation à un partenaire vient en tête des moyens de prévention cités (38 %). Les femmes, à partir de 25 ans, citent plus fréquemment ce moyen que les plus jeunes. Se limiter à un seul partenaire est également le mode de prévention le plus cité dans toutes les provinces, à l'exception de Toliary où ce moyen de prévention n'est cité que par 22 % des femmes.

Tableau 11.5 Connaissance par les femmes des moyens d'éviter de contracter le sida

Parmi les femmes qui connaissent le sida, pourcentage de celles qui connaissent différents moyens d'éviter de contracter le sida selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Impossible d'éviter	Abstinence sexuelle	Utiliser condoms	Un seul partenaire	Éviter la prosti-tution	Éviter l'homo-sexualité	Éviter les trans-fusions	Éviter les injec-tions	Authres moyens	NSP	Effectif
Groupe d'âges											
15-19	35,2	5,7	27,4	30,6	7,3	0,3	3,1	2,8	2,5	38,5	970
20-24	29,8	4,2	30,2	36,2	5,4	0,1	2,7	3,2	3,1	32,0	923
25-29	29,7	3,2	27,8	38,0	8,1	0,1	4,1	5,6	2,8	31,7	839
30-39	27,5	3,0	27,5	44,6	7,2	0,4	4,3	4,7	3,4	29,2	1 337
40-49	31,2	3,9	22,1	38,2	8,3	0,1	2,8	4,6	5,6	32,8	798
État matrimonial											
En union actuellement	30,6	2,5	24,6	41,6	7,2	0,2	3,1	4,3	3,6	32,4	3 043
En union auparavant	33,3	6,2	25,1	30,9	9,8	0,0	3,9	3,4	3,4	34,8	643
Jamais mariée	28,6	6,6	34,9	32,6	5,8	0,3	4,1	4,4	2,9	31,8	1 181
Milieu de résidence											
Capitale	14,4	5,3	47,9	51,6	4,2	0,7	4,6	9,2	2,1	15,1	623
Autres villes	23,1	4,3	42,5	38,0	6,8	0,4	4,3	6,2	3,4	24,6	1 096
Ensemble urbain	20,0	4,7	44,5	42,9	5,8	0,5	4,4	7,3	2,9	21,1	1 719
Rural	36,2	3,6	17,7	35,3	7,9	0,1	3,0	2,5	3,7	38,9	3 148
Province (Faritany)											
Antananarivo	26,2	3,4	30,7	42,8	3,3	0,2	2,6	4,8	3,4	28,1	1 917
Fianarantsoa	31,5	5,0	19,7	33,9	8,3	0,3	2,0	2,3	4,8	33,8	660
Toamasina	31,6	0,9	31,9	38,7	1,8	0,0	2,3	3,3	3,3	35,1	768
Mahajanga	36,8	2,6	22,6	29,9	16,6	0,5	3,3	5,5	2,7	38,8	569
Toliary	43,1	9,8	22,5	21,9	3,8	0,2	3,0	3,9	4,3	44,8	517
Antsiranana	22,3	5,4	25,9	51,5	23,9	0,1	12,7	4,5	1,6	23,5	435
Niveau d'instruction											
Aucun	56,9	4,7	5,1	23,7	7,9	0,1	1,8	1,5	2,9	59,3	597
Primaire	37,1	3,6	16,8	34,7	6,8	0,1	2,6	1,6	3,8	40,0	2 466
Secondaire ou supérieur	12,6	4,3	48,5	47,2	7,4	0,5	5,3	8,7	3,1	13,7	1 803
Ensemble des femmes	30,4	4,0	27,2	38,0	7,2	0,2	3,5	4,2	3,4	32,6	4 867

L'utilisation du condom vient ensuite en deuxième position (27 %). Il est plus fréquemment cité par les jeunes femmes de 20-24 ans (30 %) que par les plus âgées ainsi que par l'ensemble des femmes urbaines (44 %) par rapport aux femmes rurales (18 %). Plus le niveau d'instruction est élevé, plus le condom est cité : 49 % des femmes de niveau secondaire ou supérieur contre 5 % seulement chez celles n'ayant aucune instruction.

Les autres moyens tels le fait d'éviter la prostitution (7 %), le fait d'éviter les injections (4 %) ou les transfusions (3 %), ainsi que l'abstinence sexuelle (4 %) sont moins fréquemment cités.

11.2.3 Opinions sur le sida

Le tableau 11.6 et le graphique 11.4 fournissent des informations quant à la perception de la gravité du sida par les enquêtées, notamment sur le fait qu'une personne apparemment en bonne santé peut, en fait, être atteinte du sida, ainsi que sur l'incurabilité et la létalité de cette maladie. On a également demandé aux enquêtées si elles pensaient que le sida pouvait se transmettre de la mère à l'enfant et si elles connaissaient personnellement quelqu'un atteint ou décédé du sida.

La moitié des femmes (50 %) ont déclaré qu'une personne qui semble être en bonne santé peut néanmoins avoir le sida. Cette proportion est plus élevée chez les femmes de niveau secondaire ou supérieur (67 %) que chez celles qui n'ont aucune instruction (31 %). En ce qui concerne les provinces, on constate des écarts importants, variant d'un maximum de 71 % à Antsiranana à un minimum de 36 % à Toliary.

À l'opposé, l'opinion selon laquelle une personne qui semble bien portante ne peut être atteinte du sida est partagée par 23 % des femmes. Il faut cependant noter que plus d'une femme sur cinq a été incapable de donner une réponse (27 %).

À la question de savoir si le sida est mortel ou non, la très grande majorité des femmes (83 %) ont déclaré que le sida est presque toujours mortel. Cette proportion est pratiquement identique quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des femmes. Par contre, 13 % des femmes pensent que le sida n'est pas toujours mortel et 4 %n'ont aucune idée sur la question.

Les trois quarts des femmes interrogées (76 %) pensent que le sida ne peut être guéri. Ici aussi, on ne constate pratiquement pas de différences selon les caractéristiques socio-démographiques. Par ailleurs, 13 % des femmes pensent que le sida peut être guéri et 10 % n'ont aucune idée sur la question.

Concernant la transmission du sida de la mère à l'enfant, une grande majorité de femmes connaissant le sida (84 %) connaissent ce mode de transmission. Les femmes vivant en milieu urbain (90 %), celles d'Antsiranana (89 %) et celles ayant un niveau d'instruction, au moins, secondaire (92 %) sont les mieux informées à ce sujet.

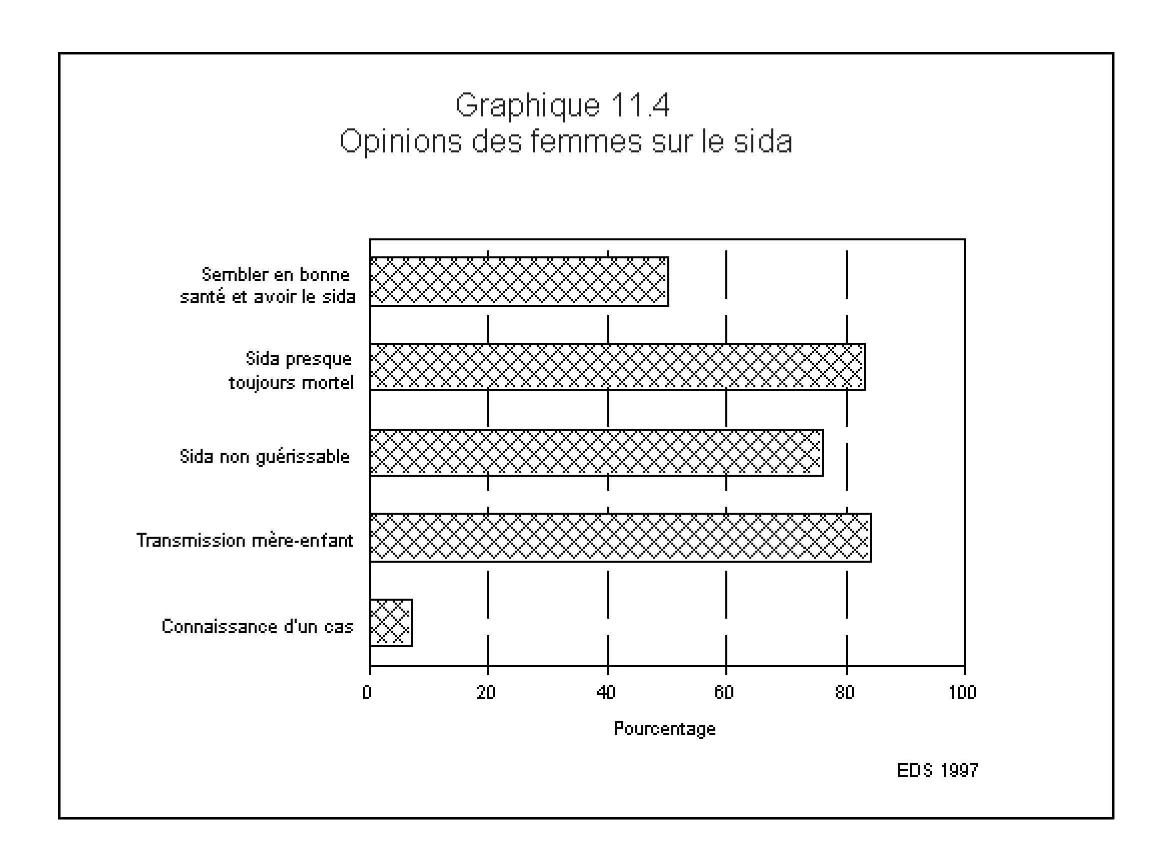
Moins d'une femme sur dix (7 %) a déclaré connaître une personne atteinte ou décédée du sida. Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, il faut noter que la proportion de femmes ayant déclaré connaître quelqu'un ayant le sida ou mort du sida est beaucoup plus élevée dans la Capitale (13 %) que partout ailleurs.

Globalement, on peut conclure à une assez bonne connaissance par les femmes malgaches des éléments essentiels caractéristiques de la maladie du sida. Cette connaissance varie essentiellement selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence de la femme.

Tableau 11.6 Perception du sida par les femmes

Répartition (en %) des femmes qui connaissent le sida selon leur opinion sur l'apparence des malades, sur la létalité du sida, sur la possibilité de guérison du sida et selon leur connaissance de la transmission du sida mère/enfant et pourcentage de femmes connaissant quelqu'un ayant le sida ou mort du sida, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Personne qui paraît en bonne santé peut avoir le sida				Le sida est mortel					Personne avec le sida peut être guérie				Transmission mère/enfant				Pourcentage connaissant une personne ayant le sida/morte du sida	Effectif de femmes connais-sant le sida
Caractéristique	Non	Oui	NSP	Total	Presque jamais	Parfois	Presque toujours	NSP	Total	Non	Oui	NSP	Total	Non	Oui	NSP	Total		
Groupe d'âges																			
15-19	23,5	51,6	24,8	100,0	0,3	12,9	83,2	3,5	100,0	79,9	10,7	8,8	100,0	4,3	82,3	13,1	100,0	6,7	970
20-24	24,2	50,1	25,5	100,0	0,5	13,2	83,9	2,3	100,0	78,3	13,3	8,0	100,0	3,9	85,9	9,9	100,0	6,7	923
25-29	27,3	47,4	25,3	100,0	0,8	13,5	81,2	4,5	100,0	77,7	13,0	8,7	100,0	5,0	82,9	11,4	100,0	5,5	839
30-39	20,0	51,0	29,0	100,0	0,3	14,1	81,5	3,9	100,0	73,8	13,0	12,5	100,0	2,9	84,3	11,9	100,0	7,6	1 337
40-49	19,9	48,5	31,5	100,0	0,5	12,3	84,3	2,8	100,0	72,3	14,8	12,5	100,0	1,6	86,5	11,0	100,0	7,4	798
État matrimonial																			
En union actuellement	23,4	47,7	28,9	100,0	0,6	13,3	82,1	3,9	100,0	74,8	12,9	11,7	100,0	3,7	83,2	12,4	100,0	7,1	3 042
En union auparavant	20,7	47,3	31,8	100,0	0,0	15,0	82,1	2,8	100,0	75,1	14,2	10,1	100,0	3,2	85,5	10,6	100,0	5,0	645
Jamais mariée	22,2	57,0	20,7	100,0	0,3	12,3	84,8	2,6	100,0	80,8	12,1	6,6	100,0	3,1	86,6	9,9	100,0	7,4	1 181
Milieu de résidence																			
Capitale	26,7	60,6	12,5	100,0	0,4	6,0	91,5	1,9	100,0	86,2	9,9	3,6	100,0	3,3	90,2	5,6	100,0	13,1	623
Autres villes	17,8	59,9	22,3	100,0	0,3	10,6	86,5	2,6	100,0	81,7	10,3	7,6	100,0	2,9	89,3	7,6	100,0	6,9	1 096
Ensemble urbain	21,0	60,1	18,8	100,0	0,3	9,0	88,3	2,4	100,0	83,3	10,2	6,1	100,0	3,0	89,6	6,9	100,0	9,2	1 719
Rural	23,7	44,3	31,9	100,0	0,6	15,6	79,7	4,0	100,0	72,5	14,4	12,5	100,0	3,8	81,4	14,1	100,0	5,6	3 148
Province (Faritany)																			
Antananarivo	29,4	49,9	20,6	100,0	0,5	20,1	76,5	2,9	100,0	76,3	15,1	8,1	100,0	3,0	85,6	10,5	100,0	9,0	1 917
Fianarantsoa	19,3	47,2	33,5	100,0	1,0	9,6	83,7	5,6	100,0	71,2	15,6	12,5	100,0	3,8	78,7	17,1	100,0	6,8	660
Toamasina	19,8	50,4	29,6	100,0	0,3	6,0	90,8	2,6	100,0	74,0	12,9	12,5	100,0	3,3	86,7	9,6	100,0	5,7	768
Mahajanga	17,8	49,5	32,7	100,0	0,3	16,1	80,2	3,4	100,0	76,2	11,9	11,4	100,0	2,8	86,4	10,4	100,0	4,6	569
Toliary	24,2	35,7	40,2	100,0	0,4	6,6	87,3	5,7	100,0	73,0	11,4	14,9	100,0	6,2	77,2	15,7	100,0	7,3	517
Antsiranana	8,2	70,8	21,0	100,0	0,0	6,2	92,1	1,6	100,0	92,3	2,3	5,4	100,0	3,6	88,6	7,4	100,0	2,1	435
Niveau d'instruction																			
Aucun	20,1	30,9	49,0	100,0	0,6	11,9	80,6	6,9	100,0	63,4	12,5	23,2	100,0	5,3	72,8	21,2	100,0	5,5	597
Primaire	25,4	41,7	32,9	100,0	0,5	15,9	79,3	4,4	100,0	72,1	15,0	12,3	100,0	3,5	81,5	14,3	100,0	6,1	2 466
Secondaire ou supérieur	20,0	67,4	12,5	100,0	0,4	10,2	88,1	1,1	100,0	86,4	10,1	3,2	100,0	2,9	92,0	4,6	100,0	8,4	1 803
Ensemble des femmes	22,7	49,9	27,3	100,0	0,5	13,3	82,7	3,5	100,0	76,3	12,9	10,3	100,0	3,5	84,3	11,5	100,0	6,9	4 867



11.2.4 Perceptions du risque d'être atteint du sida

Le tableau 11.7 et le graphique 11.5 présentent la répartition des enquêtées selon leur perception du risque de contracter le sida. Ceci est en quelque sorte un diagnostic personnel de son propre comportement ou de celui de son partenaire.

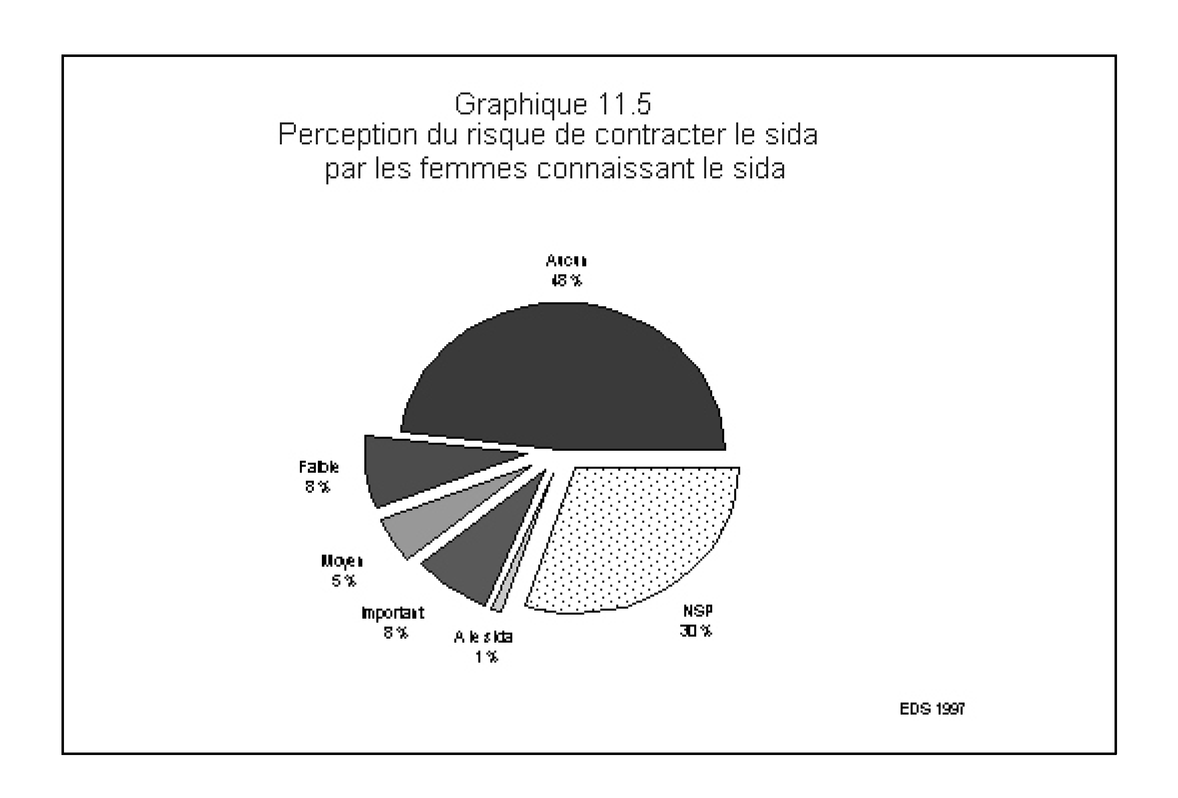
Plus de la moitié des femmes (56 %) affirment ne courir aucun risque ou un faible risque de contracter le sida. Environ un tiers des femmes (31 %) ne sont pas en mesure d'évaluer leur risque vis-à-vis du sida. Par contre, un peu plus d'une femme sur dix (13 %) déclare présenter un risque moyen (5 %) ou important (8 %) de contracter le sida.

C'est dans la capitale (67 %) et dans la province d'Antananarivo (61 %), que les proportions de femmes qui ont déclaré ne courir aucun risque sont les plus élevées. À l'opposé, c'est dans la province d'Antsiranana que cette proportion est la plus faible (31 %). Parallèlement, les femmes qui déclarent courir un risque moyen ou important sont proportionnellement plus nombreuses à Antsiranana (24 %) qu'à Antananarivo (6 %). Par ailleurs, les femmes qui ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des douze derniers mois sont proportionnellement moins nombreuses à déclarer ne courir aucun risque (36 %) que celles qui n'ont eu qu'un partenaire (48 %).

Tableau 11.7 Perception du risque de contracter le sida

Répartition (en %) des femmes connaissant le sida par perception du risque de contracter le sida, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Risques de contracter le sida Aucun	Faible	Modéré	Important	A le sida	NSP	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges								
15-19	44,8	8,5	4,4	6,0	0,7	35,6	100,0	970
20-24	48,3	8,2	6,0	8,3	0,6	28,6	100,0	923
25-29	49,8	9,3	4,6	8,6	0,3	27,5	100,0	839
30-39	49,2	7,3	4,6	8,5	0,9	29,4	100,0	1 337
40-49	47,8	6,1	5,0	8,2	1,0	31,9	100,0	798
État matrimonial								
En union actuellement	49,4	7,2	4,9	8,0	0,6	29,7	100,0	3 043
En union auparavant	42,8	8,8	5,6	10,1	1,0	31,7	100,0	643
Jamais mariée	47,2	9,0	4,4	6,5	0,7	32,1	100,0	1 181
Nombre de partenaires sexuels								
1	48,0	7,8	5,1	8,3	0,8	30,1	100,0	3 595
2-3	36,1	11,7	9,5	10,0	1,0	31,6	100,0	260
4 +	36,6	7,3	7,7	11,0	0,0	37,4	100,0	65
NSP/ND	52,2	7,1	2,7	5,7	0,5	31,8	100,0	945
Milieu de résidence								
Capitale	67,1	7,5	2,1	9,3	0,3	13,7	100,0	623
Autres villes	47,8	8,9	6,8	9,0	0,7	26,7	100,0	1 096
Ensemble urbain	54,8	8,4	5,1	9,1	0,6	22,0	100,0	1 719
Rural	44,3	7,6	4,8	7,3	0,8	35,3	100,0	3 148
Province (Faritany)								
Antananarivo	60,7	4,2	1,1	5,3	0,1	28,6	100,0	1 917
Fianarantsoa	48,5	7,5	4,5	7,9	2,9	28,7	100,0	660
Toamasina	37,7	4,1	7,1	12,8	0,7	37,5	100,0	768
Mahajanga	39,0	8,8	7,2	14,9	0,0	30,0	100,0	569
Toliary	40,2	15,4	4,1	2,7	1,5	36,0	100,0	517
Antsiranana	30,7	20,9	16,1	8,1	0,0	24,2	100,0	435
Niveau d'instruction								
Aucun	35,5	8,4	5,6	7,1	0,6	42,7	100,0	597
Primaire	44,5	7,0	4,9	6,9	0,9	35,8	100,0	2 466
Secondaire ou supérieur	56,9	8,9	4,6	9,7	0,5	19,4	100,0	1 803
Ensemble	48,0	7,9	4,9	7,9	0,7	30,6	100,0	4 867



Le tableau 11.8 présente les raisons selon lesquelles le risque de contracter le sida est perçu comme étant nul ou faible. Pour une large majorité des femmes (72 %), la fidélité à un seul partenaire expliquerait cette perception du risque nul ou faible de contracter le sida. Les autres raisons évoquées sont l'abstinence (17 %), la fidélité du conjoint (5 %), puis l'utilisation du condom (3 %).

Tableau 11.8 Raisons pour lesquelles les risques de contracter le sida sont perçus comme nuls/minimes

Parmi les femmes qui pensent ne courir aucun risque ou courir des risques minimes de contracter le sida, raisons de la perception de ces risques, selon l'état matrimonial, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Abstinence	Utilise condom	Un seul partenaire	Epoux est fidèle	Pas de transfusion	Pas d'injection	Effectif
État matrimonial							
Jamais en union	48,0	4,3	38,1	1,4	3,3	2,1	664
Actuellement en union	1,4	2,0	88,4	6,5	1,8	1,2	1 722
En union auparavant	37,7	4,0	50,5	1,3	2,3	1,3	332
Milieu de résidence							
Capitale	26,1	2,2	66,8	7,2	3,7	2,3	465
Autres villes	17,4	7,0	69,2	5,2	2,6	1,4	621
Ensemble urbain	21,1	4,9	68,2	6,0	3,1	1,8	1 086
Rural	14,6	1,4	73,8	3,7	1,7	1,1	1 634
Province (Faritany)							
Antananarivo	19,6	1,6	72,1	4,3	1,7	1,4	1 244
Fianarantsoa	14,0	5,6	72,9	4,7	1,0	1,4	370
Toamasina	15,3	2,6	74,1	6,9	4,1	1,8	321
Mahajanga	14,4	2,7	76,2	5,4	1,9	2,6	272
Toliary	15,8	4,3	62,9	4,7	2,0	0,8	288
Antsiranana	17,2	3,3	68,0	2,2	5,1	0,5	225
Niveau d'instruction							
Aucun	10,8	0,0	76,4	1,3	1,7	1,3	262
Primaire	16,6	1,7	72,3	4,2	1,4	0,6	1 270
Secondaire ou supérieur	19,3	4,6	69,6	5,8	3,3	2,3	1 187
Ensemble	17,2	2,8	71,5	4,6	2,3	1,4	2 719

Le tableau 11.9 présente les raisons évoquées par les femmes pour expliquer leur perception du risque moyen ou important de contracter le sida. Le multipartenariat de l'homme et celui de la femme semblent expliquer majoritairement cette perception du risque plus élevé (cités par, respectivement, 32 % et 22 % des femmes interrogées). Le multipartenariat du conjoint est une raison plus fréquemment avancée dans les provinces de Toamasina et Mahajanga (46 % dans les deux cas); par contre, cette raison est peu fréquemment citée dans la province de Fianarantsoa (13 %). C'est pourtant dans cette province que les femmes ont fréquemment expliqué leur perception de courir un risque moyen ou important par le fait qu'elles ont plusieurs partenaires. Il serait intéressant d'analyser plus en profondeur ces résultats au premier abord étonnants.

Par ailleurs, seulement 15 % des femmes interrogées ont déclaré qu'elles pensaient courir des risques moyens ou importants de contracter le sida parce qu'elles n'utilisaient pas le condom. Il faut remarquer que, par rapport aux autres provinces, à Toamasina et Antsiranana, la non utilisation du condom est plus fréquemment avancée comme raison de la perception du risque moyen ou important de contracter le sida (respectivement, 28 % et 36 %). Est-ce à dire que les femmes sont plus sensibilisées à l'usage du condom dans ces deux provinces ou que les campagnes de promotion du condom y auraient été plus efficaces qu'ailleurs?

Tableau 11.9 Raisons pour lesquelles les risques de contracter le sida sont perçus comme modérés ou importants

Parmi les femmes qui pensent avoir des risques modérés ou importants de contracter le sida, raisons de la perception de ces risques, selon l'état matimonial et les caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

Caractéristique	Pas de condom	Plusieurs partenaires	Epoux n'est pas fidèle	Trans-fusions	Injections	Autre	Effectif
État matrimonial							
Jamais en union	12,1	42,1	24,2	6,3	9,5	20,7	129
Actuellement en union	15,3	14,8	38,2	4,5	5,0	30,0	395
En union auparavant	17,8	23,4	19,6	3,7	6,0	35,7	101
Milieu de résidence							
Capitale	3,5	28,7	16,8	16,8	19,6	36,4	71
Autres villes	19,8	18,5	39,7	5,3	9,3	15,3	174
Ensemble urbain	15,1	21,4	33,1	8,6	12,3	21,4	245
Rural	15,0	22,1	31,8	2,2	2,1	34,0	379
Province (Faritany)							
Antananarivo	2,0	33,4	20,8	10,8	11,2	36,6	123
Fianarantsoa	1,5	46,7	12,9	1,5	10,0	30,4	81
Toamasina	28,4	10,4	45,5	4,1	1,6	14,0	153
Mahajanga	5,3	14,2	45,6	3,6	6,2	33,2	126
Toliary	6,8	16,7	40,6	9,9	9,9	36,0	35
Antsiranana	35,8	16,5	22,9	0,6	2,3	33,8	105
Niveau d'instruction							
Aucun	6,5	13,5	40,2	4,9	3,7	38,2	76
Primaire	16,3	22,3	33,4	2,1	2,7	29,0	290
Secondaire ou supérieur	16,2	23,7	28,7	7,6	10,6	26,4	258
Ensemble	15,1	21,8	32,3	4,7	6,1	29,0	624

11.3 ACTIVITÉ SEXUELLE ET UTILISATION DU CONDOM

Cette section concerne le comportement sexuel des femmes par le biais de questions sur le nombre de partenaires sexuels qu'elles ont déclaré avoir eu dans les douze derniers mois précédant l'enquête; des questions sur la connaissance et l'utilisation du condom par les femmes ont également été posées.

11.3.1 Activité sexuelle des femmes dans les douze derniers mois

Le comportement des femmes a été appréhendé à partir de l'information sur le nombre de partenaires sexuels qu'elles ont eus au cours des douze derniers mois. Le tableau 11.10 présente ces données selon la situation matrimoniale de l'enquêtée.

D'après le tableau 11.10, 46 % des femmes non mariées ont déclaré n'avoir eu aucun partenaire au cours des douze dernier mois, 35 % ont déclaré en avoir eu un, 9 % en avoir eu deux ou trois et 3 % en avoir eu, au moins, quatre. En moyenne, ces femmes ont eu 0,8 partenaire au cours des douze derniers mois.

Tableau 11.10 Nombre de partenaires sexuels

Répartition (en %) des femmes par nombre de personnes avec qui elles ont eu des rapports sexuels dans les 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

	Femmes mariées (mari inclu)							Femmes non mariées							
Caractéristique	1	2-3	4+	NSP/ ND	Total	Moyenne	Effec- tif	0	1	2-3	4+	NSP/ ND	Total	Moyenne	Effec- tif
Groupe d'âges															
15-19	91,9	4,9	1,5	1,6	100,0	1,1	434	62,9	23,4	8,8	2,2	2,8	100,0	0,6	1 119
20-24	92,3	4,2	1,5	1,9	100,0	1,1	822	28,4	50,9	10,6	3,4	6,6	100,0	1,0	503
25-29	95,2	3,1	0,8	0,9	100,0	1,1	886	26,7	45,2	12,0	4,7	11,3	100,0	1,3	310
30-39	96,1	1,7	0,4	1,8	100,0	1,1	1 444	31,0	44,7	8,8	2,5	12,9	100,0	1,0	412
40-49	96,1	1,4	0,1	2,5	100,0	1,0	848	53,1	29,7	6,9	2,3	7,9	100,0	0,7	281
Durée de mariage (en années)															
0-4	92,4	4,2	1,7	1,7	100,0	1,1	1 014	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	94,3	3,4	0,6	1,6	100,0	1,1	927	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	95,7	2,8	0,6	0,9	100,0	1,1	808	-	-	-	-	-	-	-	-
15 ou +	96,1	1,3	0,3	2,3	100,0	1,0	1 686	-	-	-	-	-	-	-	-
Milieu de résidence															
Capitale	98,2	0,7	0,3	0,7	100,0	1,1	336	63,0	31,7	3,6	0,3	1,3	100,0	0,4	300
Autres villes	91,9	3,5	1,6	3,0	100,0	1,1	796	43,8	38,8	9,3	3,4	4,7	100,0	0,8	555
Ensemble urbain	93,8	2,7	1,2	2,3	100,0	1,1	1 132	50,5	36,3	7,3	2,3	3,5	100,0	0,7	855
Rural	95,1	2,7	0,6	1,6	100,0	1,1	3 302	43,7	34,8	10,3	3,0	8,2	100,0	0,9	1 771
Province (Faritany)															
Antananarivo	98,3	0,9	0,3	0,6	100,0	1,0	1 481	66,2	25,1	3,4	0,8	4,6	100,0	0,4	906
Fianarantsoa	91,4	4,7	0,5	3,4	100,0	1,1	893	42,4	34,7	10,7	1,9	10,2	100,0	0,8	540
Toamasina	94,7	2,6	0,6	2,1	100,0	1,1	602	34,3	46,5	9,8	1,2	8,2	100,0	0,9	405
Mahajanga	95,2	2,8	0,0	2,0	100,0	1,0	564	32,7	43,1	13,9	2,5	7,8	100,0	1,0	287
Toliary	91,0	3,8	3,1	2,1	100,0	1,2	599	27,3	40,3	15,8	12,1	4,6	100,0	1,7	277
Antsiranana	94,7	3,7	0,6	1,0	100,0	1,1	295	33,0	41,4	15,9	4,8	4,8	100,0	1,2	211
Niveau d'instruction															
Aucun	92,8	3,0	1,1	3,1	100,0	1,1	1 066	39,3	36,1	9,7	4,5	10,5	100,0	1,0	433
Primaire	94,9	2,8	0,7	1,6	100,0	1,1	2 275	44,0	33,9	11,4	3,1	7,7	100,0	0,9	1 387
Secondaire ou supérieur	96,6	2,2	0,4	0,8	100,0	1,0	1 093	53,0	37,2	5,7	1,4	2,8	100,0	0,6	805
Ensemble des femmes	94,8	2,7	0,7	1,8	100,0	1,1	4 435	46,0	35,3	9,3	2,8	6,6	100,0	0,8	2 625

Parmi les femmes non mariées de 15-19 ans, 63 % n'ont eu aucun partenaire sexuel, ce qui concorde bien avec l'âge médian au premier rapport sexuel évalué à 17 ans. Le pourcentage de femmes non mariées n'ayant eu aucun partenaire sexuel dans les douze derniers mois est beaucoup plus élevé dans la province d'Antananarivo (66 %) par rapport aux autres provinces dans lesquelles le taux s'échelonne de 42 % (Fianarantsoa) à 27 % (Toliary).

Le pluripartenariat (plus de trois partenaires) est nettement plus fréquent dans les province de Toliary (12 % des femmes) et d'Antsiranana (5 %) par rapport à Antananarivo et Toamasina (autour de 1 %). Le pluripartenariat est également plus fréquent chez les femmes n'ayant jamais fréquenté l'école (5 %) que chez les femmes ayant un niveau d'instruction.

Au tableau 11.10, figure également le nombre de partenaires des femmes mariées. En moyenne, 95 % des femmes mariées ont déclaré n'avoir eu qu'un seul partenaire, probablement leur mari, dans les douze derniers mois. La proportion de ces femmes augmente avec la durée maritale : 92 % des femmes en union depuis moins de quatre ans n'ont eu qu'un seul partenaire contre 96 % des femmes en union depuis plus de dix ans. Parallèlement, la proportion de femmes n'ayant déclaré qu'un seul partenaire augmente au fur et à mesure que l'âge de la femme augmente (92 % à 20-24 ans contre 96 % à 30-39 ans). Selon le milieu de résidence, on constate que les proportions de femmes n'ayant déclaré qu'un seul partenaire sont légèrement plus élevées dans la capitale qu'en milieu rural et surtout que dans les autres Villes (98 % contre, respectivement, 95 % et 92 %). De plus, c'est dans la province de Toliary que les femmes ayant déclaré avoir eu, au moins, 4 partenaires sont proportionnellement les plus nombreuses (3 %), contre moins de 1 % dans les autres provinces. Enfin, on constate également de légers écarts selon le niveau d'instruction, 93 % des femmes sans instruction n'ayant déclaré qu'un seul partenaire contre 95 % et 97 % de celles ayant, respectivement, un niveau primaire et un niveau, au moins, secondaire.

11.3.2 Connaissance du condom

Le tableau 11.11 présente les proportions de femmes qui connaissent le condom. Notons que ce tableau ne porte que sur les femmes qui ont déjà entendu parler du sida et qui ont déjà eu des rapports sexuels. Parmi cette catégorie de femmes, 73 % connaissent le condom. Précisons que le condom peut être considéré ici comme un simple contraceptif et/ou comme un moyen de protection contre les MST. Ceci, associé au fait que le niveau de connaissance est calculé ici sur la sous-population de femmes qui ont entendu parler du sida et ont déjà eu des rapports sexuels, explique le fait que ce niveau de connaissance est beaucoup plus élevé que celui présenté au chapitre 4, en ce qui concerne la planification familiale.

La proportion de femmes qui connaissent le condom atteint 99 % dans la capitale et 88 % dans l'ensemble de la province d'Antananarivo. Ces résultats sont peut-être à mettre à l'actif du programme de marketing social du préservatif qui a été particulièrement intensif dans cette *province* depuis 1996. Dans les autres provinces, où ce même programme n'a été initié qu'en 1997, les proportions sont moins élevées, notamment dans la province de Toliary (49 % seulement).

La proportion de femmes connaissant le préservatif est fonction du niveau d'instruction. Plus le niveau d'études est élevé, plus la connaissance du condom est élevée, puisqu'elle atteint 94 % chez les femmes de niveau secondaire ou supérieur contre 37 % chez les femmes n'ayant jamais fréquenté l'école.

Près des deux tiers des femmes interrogées ne savent pas où s'adresser pour se procurer des condoms (61 %). Ceci nous amène à nous interroger sur les raisons de cette méconnaissance : est-ce dû à la non-accessibilité des condoms, à un manque d'information ou à un désintérêt pour le condom? La réponse la plus plausible semble être la non-disponibilité des préservatifs dans la plus grande partie du pays. On note en effet que les trois quarts (74 %)des femmes rurales ne savent où trouver des condoms contre seulement 14 % des femmes de la capitale.

Tableau 11.11 Connaissance du condom

Parmi les femmes qui connaissent le sida et qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de femmes qui connaissent le condom et répartition (en %) de celles qui connaissent le condom selon la connaissance d'une source d'approvisionnement pour le condom selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Madagascar 1997

		Connaissances d'une source					
Caractéristique	Connaît le condom	Établis-sement public	Établis-sement privé	Pharmacie	Autre source	NSP/ND	Effectif
Groupe d'âges							
15-19	62,0	12,8	3,2	8,4	5,7	70,0	535
20-24	73,7	17,1	5,0	8,1	11,4	58,4	832
25-29	76,4	15,9	5,7	9,8	11,6	56,9	812
30-39	75,1	15,4	5,5	10,0	10,3	58,8	1 323
40-49	71,1	12,4	4,9	10,3	9,7	62,7	788
État matrimonial							
En union actuellement	72,3	14,6	5,9	8,9	9,3	61,3	3 042
En union auparavant	71,0	14,2	2,8	9,3	8,5	65,1	645
Jamais mariée	76,6	17,3	3,3	12,2	15,7	51,5	603
Milieu de résidence							
Capitale	99,3	11,3	9,2	27,3	38,1	14,2	478
Autres villes	84,4	24,8	6,1	17,5	9,3	42,3	954
Ensemble urbain	89,4	20,3	7,2	20,8	18,9	32,9	1 432
Rural	64,3	12,3	4,0	3,8	5,6	74,3	2 857
Province (Faritany)							
Antananarivo	87,9	9,7	6,3	14,3	19,9	49,9	1 560
Fianarantsoa	58,2	14,9	3,2	3,6	5,7	72,5	607
Toamasina	76,2	24,7	7,4	9,7	4,9	53,4	705
Mahajanga	60,8	14,9	3,0	5,9	5,8	70,3	526
Toliary	48,9	19,6	2,4	5,1	3,1	69,8	490
Antsiranana	74,4	12,8	4,9	9,0	1,4	71,9	401
Niveau d'instruction							
Aucun	36,7	6,1	0,8	1,3	2,2	89,7	573
Primaire	67,7	11,8	4,1	4,0	6,7	73,3	2 227
Secondaire ou supérieur	94,1	23,0	8,1	20,6	18,1	30,1	1 489
Ensemble	72,7	14,9	5,1	9,5	10,1	60,5	4 290

L'établissement public est la source d' approvisionnement la plus fréquemment citée (15 %). Par ailleurs, une femme sur dix a cité la pharmacie comme lieu d'approvisionnement. L'établissement privé n'est connu que par une faible proportion de femmes (5 %).

Selon les résultats du tableau 11.12, on constate que, parmi les femmes connaissant le sida et ayant déjà eu des rapports sexuels, seulement une sur dix a déjà utilisé, au moins une fois, un préservatif. C'est en fonction du milieu de résidence, des provinces et surtout du niveau d'instruction que l'on constate les variations les plus importantes. En effet, la proportion d'utilisatrices est cinq fois plus élevée dans la capitale qu'en milieu rural (26 % contre 5 %). De même, la province d'Antananarivo se caractérise par une proportion d'utilisatrices environ deux fois plus élevée que celle de la province de Fianarantsoa (12 % contre 7 %). Enfin, c'est selon le milieu d'instruction que l'on constate les écarts les plus importants : moins de 1 % des femmes sans aucun niveau ont déclaré avoir utilisé le condom contre 21 % de celles ayant un niveau, au moins, secondaire.

Parmi les utilisatrices du condom, près d'une sur deux (46 %) a déclaré l'avoir utilisé en tant que contraceptif, 28 % comme moyen de protection contre les MST et 26 % de ces femmes ont utilisé le condom, à la fois, en tant que contraceptif et en tant que moyen de protection.

Tableau 11.12 Utilisation du condom par les femmes

Parmi les femmes qui connaissent le sida et qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de celles qui ont déjà ou jamais utilisé le condom selon les caractéristiques socio-démographiques et la perception des risques de contracter le sida, EDS Madagascar 1997

			Raison d'utilisation				
Caractéristique	Pourcentage ayant déjà utilisé le préservatif	Effecif	Contraceptif	Éviter MST	Éviter MST et contraceptif	Total	Effectif
Exposition au sida							
Pas/Faibles risques	12,5	2 030	43,8	32,1	24,1	100,0	254
Risque modéré	13,4	211	(36,8)	(28,2)	(35,0)	100,0	28
Gros risques/A le sida	16,0	352	40,2	24,9	34,8	100,0	56
Groupes d'âges							
15-19	6,9	535	31,4	51,0	17,6	100,0	37
20-24	11,6	832	36,7	29,6	33,7	100,0	96
25-29	9,8	812	46,0	33,8	20,1	100,0	80
30-39	11,1	1 323	53,2	21,0	25,8	100,0	147
40-49	7,1	788	51,4	20,2	28,4	100,0	56
État matrimonial et sexuel							
En union actuellement	9,2	3 042	53,9	25,1	21,0	100,0	281
En union auparavant	9,0	645	25,4	35,8	38,8	100,0	58
Jamais mariée	12,6	603	31,5	33,0	35,4	100,0	76
Milieu de résidence							
Capitale	25,5	478	63,2	13,0	23,9	100,0	122
Autres villes	16,8	954	29,2	38,9	31,9	100,0	161
Ensemble urbain	19,7	1 432	43,8	27,7	28,5	100,0	283
Rural	4,6	2 857	50,1	28,7	21,3	100,0	133
Province (Faritany)							
Antananarivo	12,3	1 560	59,8	16,2	24,0	100,0	191
Fianarantsoa	6,6	607	(15,0)	(63,0)	(22,0)	100,0	40
Toamasina	10,1	705	44,3	28,5	27,2	100,0	71
Mahajanga	7,4	526	(45,4)	(34,6)	(20,1)	100,0	39
Toliary	9,4	490	(21,2)	(48,8)	(30,0)	100,0	46
Antsiranana	7,1	401	(38,9)	(15,3)	(45,8)	100,0	29
Niveau d'instruction							
Aucun	0,8	573	*	*	*	*	5
Primaire	4,5	2 227	40,4	33,4	26,2	100,0	99
Secondaire ou supérieur	20,9	1 489	48,1	25,9	26,0	100,0	311
Effectif des femmes	9,7	4 290	45,8	28,0	26,2	100,0	415

() Basé sur un faible nombre de cas (entre 25 et 49)
* Basé sur moins de 25 cas

RÉFÉRENCES

Centers for Disease Control (CDC). 1989. CDC criteria for anemia in children and childbearing-aged women. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 38(22) : 400-404.

DeMaeyer, E. M., P. Dallman, J.M. Gurney, L. Hallberg, S.K. Sood, and S.G. Srikantia. 1989. *Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care. A guide for health administrators and program managers.* Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé.

Graham, Wendy, William Brass et Robert W. Snow. 1989. Estimating maternal mortality : The sisterhood method. *Studies in Family Planning* 20(3) : 125-135.

Hurtado, A., C. Merino, E. Delgado. 1945. Influence of anoxemia on the hemopoietic activity. *Archives of Internal Medicine* 75 : 284-323.

Institut National de la Statistique (INSTAT), Banque Mondiale. 1995. *Enquête Permanente auprès des Ménages (EPM) 1991-1994.* Antananarivo, Madagascar : INSTAT.

Institut National de la Statistique et de la Recherche Economique (INSRE). 1966. *Enquête Démographique.* Antananarivo, Madagascar : INSRE.

Institut National de la Statistique et de la Recherche Economique (INSRE). 1975. *Général de la population. Etudes et analyse, Recensement de 1975.* Antananarivo, Madagascar : INSRE.

Megill, D.J.1996. *Preliminary recommendations on designing the master sample for the Madagascar Household Survey program,* U.S. Bureau of the Census. Publication interne.

Nations Unies. 1982. *Model life tables for developing countries.* New York : Nations Unies.

Perez-Escamilla, R., S. Segura-Millan, J. Canahuati, et H. Allen. 1996. Prelacteal feeds are negatively associated with breastfeeding outcomes in Honduras. *Journal of Nutrition* 126(11) : 2765-73.

Programme National de Lutte contre les MST et le Sida (PNLS). 1995. *Le sida à Madagascar.* Antananarivo, Madagascar : Laboratoire National de Référence MST/sida.

Refeno, Germain, Victor Rabeza, Gora Mboup et Juan Schoemaker. 1994. Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1992. Calverton, Maryland (USA) : Centre National de Recherches sur l'Environment et Macro International Inc.

Righard, L., et M.O. Alade. 1990. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 336(8723) : 1105-1107.

Rutenberg, Naomi, Ties Boerma, Jeremiah Sullivan et Trevor Croft. 1990. Direct and indirect estimates of maternal mortality with data on survivorship of sisters : Results from the Bolivia DHS. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Toronto, Ontario, 1990.

Sullivan, Jeremiah, George Bicego et Shea Rutstein, 1990. Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in Demographic and Health Surveys. In *An assessment of DHS-I data quality*, 113-137. DHS Methodological Reports Nº 1, Columbia, Maryland : Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.

UNICEF - INSTAT/DDSS. 1995. *Enquête par grappes à indicateurs multiples.* Antananarivo, Madagascar : Institut National de la Statistique.

Victoria, C.G., J.P. Vaughan, C. Lombardi, S.M. Fuchs, L.P. Gigante, P.G. Smith, L.C. Nobre, A.M. Teixeira, L.B. Moreira, et F.C. Barros. 1987. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 2(8554) : 319-322.

WHO/UNICEF/IVACG Task Force. 1997. *Vitamin A supplements. A guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia.* Genève, Suisse : Organisation Mondial de la Santé.

Yip, R. 1994. Iron deficiency : Contemporary scientific issues and international programmatic approaches. Symposium on clinical nutrition in developing countries. *Journal of Nutrition* 124 : 1479S-1490S.

ANNEXE A

PLAN DE SONDAGE

ANNEXE A

PLAN DE SONDAGE

A.1 Introduction

La Deuxième Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (EDS) a prévu un échantillon de 7 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, représentatif de 99,7 % de la population Malgache. Les deux îles Nosy-Bé et Sainte Marie, exclues de l'échantillon maître qui a servi de base de sondage à l'EDS, étaient aussi exclues de l'EDS.

Dix principaux domaines d'étude ont été identifiés pour l'ENDS-2. Ils correspondaient exactement :

- à chacun des six provinces (*faritany)* (six domaines d'étude),
- à la capitale Antananarivo,
- à l'ensemble des autres centres urbains,
- à l'ensemble des milieux ruraux; et
- à l'ensemble du pays.

Une première allocation proportionnelle de l'échantillon cible (prévu initialement pour 6 000 femmes) aux dix domaines d'étude a montré que les sous-échantillons de la Capitale et des deux *faritany* de Mahajanga et d'Antsiranana seraient trop faibles pour permettre les analyses approfondies souhaitées au niveau de ces trois domaines. On a alors augmenté l'échantillon cible pour atteindre 7 000 femmes et affecté un taux de sondage plus élevé à ces trois domaines d'étude par rapport aux autres. Cependant, un taux de sondage homogène a été appliqué à l'intérieur de la Capitale et des strates urbaine et rurale de chaque *faritany* afin que le sous-échantillon de chaque strate soit auto-pondéré.

A.2 Base de sondage

Madagascar, qui comptait 12 238 914 habitants d'après le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 1993, est divisé en six *faritany.* À l'intérieur de chaque *faritany*, la hiérarchie administrative est la suivante : *fivondranana, firaisana,* et *fokontany.* Le milieu urbain est constitué de 103 centres urbains, y compris tous les chefs-lieux de *fivondronana.* Cette définition du milieu urbain est différente de celle utilisée lors de la première Enquête Nationale Démographique et Sanitaire (ENDS) qui comptait seulement 48 communes urbaines d'après le recensement de 1975. D'après le recensement de 1993, la population urbaine représente donc 23 % de la population totale alors que l'ENDS était basée sur une population urbaine d'environ 20 %.

Suite au RGPH et avec l'assistance technique du Bureau de Recensement des Etats-Unis, la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) de l'Institut National de la Statistique a construit un échantillon maître qui devait servir de base de sondage au programme national d'enquêtes auprès des ménages.

L'échantillon maître n'est pas tout à fait un échantillon national, mais ne représente que 99,7 % de la population malgache. Les deux îles Nosy-Bé (Antsiranana) et Sainte-Marie (Toamasina), qui représentent 0,03 % de la population, ont été exclues pour des raisons cartographiques : ou les cartes de base du RGPH n'existaient pas, ou elles étaient de mauvaise qualité et donc inutilisables.

L'échantillon maître a été stratifié et tiré en deux degrés aréolaires. La stratification a été menée en plusieurs étapes. En premier lieu, trois grandes strates ont été définies :

Grande strate 1 :	les **grands centres urbains** qui comprennent les huit grandes villes : la Capitale Antananarivo, Antsirabé, Fianarantsoa, Toamasina, Mahajanga, Toliary et Antsiranana.
Grande strate 2 :	tous les **autres centres urbains.**
Grande strate 3 :	tous les **milieux ruraux.**

Dans la grande strate 1, une stratification par classe socio-économique a été effectuée à l'intérieur de chaque grand centre urbain suivi par une stratification géographique implicite. Dans les deux autres grandes strates, seulement une stratification géographique implicite a été effectuée.

L'unité primaire de sondage (UPS) pouvait être une zone de dénombrement (ZD), définie pour les besoins du RGPH, ou un groupe de ZD, selon la tailles des ZD, la taille étant le nombre de ménages dénombrés au RGPH. Dans le cas où l'UPS était constituée d'un groupe de ZD, une unité secondaire de sondage (USS) a été introduite qui correspondait à une seule ZD. Une opération a eu lieu à la DDSS pour segmenter chaque ZD jugée trop grande en aires d'enquête (AE) de manière à constituer des AE de taille facile à contrôler, soit entre 100 et 150 ménages.

Au total 760 UPS et leur correspondante USS ont été tirées avec des probabilités proportionnelles à la taille de l'UPS (au premier degré) et à la taille de l'USS (au deuxième degré), la taille étant le nombre de ménages dénombrés au RGPH. La répartition de l'échantillon maître est présentée au tableau A.1.

Tableau A.1 Répartition de l'échantillon maître d'UPS

Faritany	Urban	Rural	Total
Antananarivo		104	232
Antananarivo	84		
Antsirabe	16		
Autre urbain	28		
Fianarantsoa		88	136
Fianarantsoa	12		
Autre urbain	36		
Toamasina		72	124
Toamasina	16		
Autre urbain	36		
Mahajanga		48	84
Mahajanga	16		
Autre urbain	20		
Toliary		68	116
Toliary	8		
Autre urbain	40		
Antsiranana		40	68
Antsiranana	12		
Autre urbain	16		
Madagascar	340	420	760

L'échantillon maître a été ensuite divisé en quatre sous-échantillons de 190 UPS, chaque sous-échantillon ayant exactement les mêmes caractéristiques de stratification que l'échantillon maître. Ceci devait permettre à chaque enquête menée dans le cadre du programme national de tirer son propre échantillon à partir de l'échantillon maître en entier, ou à partir d'un, de deux ou de trois sous-échantillons selon le nombre d'UPS voulu. Ceci devait permettre également aux enquêtes qui devaient être répétées de façon régulière de faire une rotation des sous-échantillons afin de ne pas saturer les UPS enquêtées précédemment[1]. L'EDS a utilisé comme base de sondage trois sous-échantillons de l'échantillon maître.

[1]Le document *Preliminary recommendations on designing the master sample for the Madagascar Household Survey program*, David J. Megill, 1996, U.S. Bureau of the Census, donne une discussion détaillée de l'élaboration de l'échantillon maître.

A.3 Caractéristiques de l'échantillon de l'EDS

L'échantillon de l'EDS est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Chacun des six *faritany* a été stratifié en urbain et rural. La Capitale a constitué une strate à part. Ce qui a donné, au total, 13 strates. À l'intérieur de chaque strate de l'EDS, les caractéristiques de stratification plus fine étaient exactement les mêmes que celles de l'échantillon maître.

Dans chaque strate, on a tiré au premier degré, un certain nombre d'unités de sondage à partir de trois sous-échantillons de l'échantillon maître. Une unité de sondage correspondait exactement à l'UPS ainsi définie par l'échantillon maître. Comme l'échantillon maître avait déjà été tiré avec des probabilités proportionnelles à la taille des UPS, on a effectué un tirage systématique d'UPS à l'intérieur de chaque strate avec des probabilités égales. Une fois l'UPS tirée, on a adopté la même unité secondaire de sondage (USS) et la même aire d'enquête (AE) définies par l'échantillon maître. La grappe finale de l'EDS était donc une ZD en entier ou une AE qui est une partie de ZD.

Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste de ménages à partir de laquelle on a tiré, au deuxième degré, un échantillon de ménages. Tous les membres de ces ménages étaient dénombrés à l'aide d'un questionnaire ménage et chaque femme âgée de 15 à 49 ans identifiée était enquêtée avec un questionnaire femme plus détaillé.

A.4 Répartition de l'échantillon

Les tableaux A.2 et A.3 donnent la répartition de la population estimée en 1997 selon les six *faritany*, mais sans les îles Nosy-Bé et Sainte Marie puisque celles-ci n'étaient pas couvertes par l'enquête.

Tableau A.2 Population de Madagascar estimée en 1997

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo (sans la Capitale)	420 213	2 815 856	3 236 069
Capitale	795 040	0	795 040
Fianarantsoa	456 699	2 297 219	2 753 918
Toamasina	479 711	1 748 593	2 228 304
Mahajanga	317 997	1 210 349	1 528 346
Toliary	449 371	1 548 818	1 998 189
Antsiranana	175 722	850 829	1 026 551
Madagascar	175 722	10 471 664	13 566 417

Tableau A.3 Répartition (en %) de la population estimée en 1997

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo (sans la Capitale)	13,0	87,0	23,9
Capitale	100,0	0,0	5,9
Fianarantsoa	16,6	83,4	20,3
Toamasina	21,5	78,5	16,4
Mahajanga	20,8	79,2	11,3
Toliary	22,5	77,5	14,7
Antsiranana	17,1	82,9	7,6
Madagascar	22,8	77,2	100,0

Une allocation proportionnelle des 6 000 femmes initialement prévues aux 13 strates a donné la répartition de l'échantillon du tableau A.4.

Tableau A.4 Répartition proportionnelle de l'échantillon initial de 6 000 femmes

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo (sans la Capitale)	186	1 245	1 431
Capitale	352	0	352
Fianarantsoa	202	1 016	1 218
Toamasina	212	774	986
Mahajanga	141	535	676
Toliary	199	685	884
Antsiranana	78	376	454
Madagascar	1 370	4 630	6 000

Alors que les échantillons des quatre plus grands *faritany* seraient suffisamment grands pour permettre des estimations fiables, tel n'était pas le cas pour la Capitale, Mahajanga et Antsiranana. On a donc ajouté 1 000 femmes à l'échantillon initial et sur-échantillonné la Capitale, Mahajanga et Antsiranana par rapport aux autres *faritany*. À l'intérieur de chaque *faritany*, l'échantillon a été réparti proportionnellement entre les milieux urbain et rural. Les tableaux suivants donnent la répartition de l'échantillon final ainsi que le nombre d'unités aréolaires que l'on devait tirer.

Tableau A.5 Répartition proposée de l'échantillon de 7 000 femmes

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo (sans la Capitale)	130	870	1 000
Capitale	1 000	0	1 000
Fianarantsoa	166	834	1 000
Toamasina	215	785	1 000
Mahajanga	208	792	1 000
Toliary	225	775	1 000
Antsiranana	171	829	1 000
Madagascar	2 115	4 885	7 000

Le nombre de grappes à tirer dépend du nombre de femmes à enquêter dans chaque grappe, la grappe étant l'unité de sondage aréolaire finale retenue pour l'enquête. Ainsi, dans le cadre de l'EDS, la grappe correspond généralement à une ZD entière ou une partie de ZD (aire d'enquête) ainsi définie par l'échantillon maître. Les analyses menées après d'autres enquêtes analogues ont indiqué que le nombre optimal de femmes à enquêter par grappe est de l'ordre de 30-35 dans le milieu rural et de 20-25 dans le milieu urbain. En prévoyant d'enquêter une moyenne de 30 femmes dans chaque grappe rurale et de 20 femmes dans chaque grappe urbaine, on aboutit à un nombre total de 269 grappes, comme le présente le tableau A.6.

Après avoir examiné les chiffres du tableau A.6, on a réarrangé le nombre de grappes dans chaque strate de telle sorte que : (1) le nombre de grappes soit pair dans chaque strate et (2) le nombre de femmes par strate ne soit pas trop différent du nombre optimal du tableau A.5. Le nombre pair de grappes est recommandé pour les calculs ultérieurs des erreurs de sondage dans lesquels la première étape est de former des paires de grappes de telle sorte que chaque paire soit aussi homogène que possible. Le tableau A.7 présente le nombre final de grappes tirées.

Tableau A.6 Nombre de grappes calculé

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo (sans la Capitale)	7	29	35
Capitale	50	0	50
Fianarantsoa	8	28	35
Toamasina	11	26	37
Mahajanga	10	26	36
Toliary	11	26	37
Antsiranana	9	28	37
Madagascar	106	163	269

Tableau A.7 Nombre de grappes tirées

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo (sans la Capitale)	8	28	36
Capitale	50	0	50
Fianarantsoa	8	28	36
Toamasina	12	26	38
Mahajanga	10	26	36
Toliary	12	26	38
Antsiranana	10	26	36
Madagascar	110	160	270

Le nombre de ménages à tirer pour arriver à l'échantillon de femmes proposé a été calculé de la manière suivante :

$$Nombre\ de\ ménages\ =\ \frac{Nombre\ cible\ de\ femmes\ 15-49}{Nombre\ de\ femmes\ 15-49\ par\ ménage \times Taux\ global\ de\ réponse}$$

D'après l'ENDS 92, il y avait 1,3 femmes âgées de 15 à 49 ans par ménage urbain et 1,0 femme 15-49 par ménage rural. Dans la même enquête on a trouvé un taux de réponse global de 85 %; ceci en supposant que, parmi l'ensemble des ménages tirés pour l'enquête, on en trouverait seulement 90 % sur le terrain pour des raisons diverses (logement non trouvé, refus de répondre, ménage absent, etc...), et parmi l'ensemble des femmes identifiées, on en trouverait seulement 90 % sur le terrain. Ceci conduit à tirer, en moyenne, 18 ménages par grappe urbaine et 35 ménages par grappe rurale.

Tableau A.8 Nombre de ménages à tirer

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo (sans la Capitale)	145	988	1 133
Capitale	905	0	903
Fianarantsoa	145	988	1 133
Toamasina	217	918	1 135
Mahajanga	181	918	1 099
Toliary	217	918	1 135
Antsiranana	181	918	1 099
Madagascar	199	564	7 639

A.5 Probabilités de sondage

Les probabilités de sondage ont été calculées séparément pour chaque strate et pour chaque degré de sondage. On a utilisé les notations suivantes, l'indice h indiquant la strate h :

P_{hi} : probabilité de sondage de la $i^{ème}$ grappe d'après l'échantillon maître.
p_{1hi} : probabilité de sondage au premier degré de la $i^{ème}$ grappe d'après l'EDS
p_{2hi} : probabilité de sondage au deuxième degré de la $i^{ème}$ grappe d'après l'EDS

A.5.1 Échantillon maître

P_{hi} est le produit des probabilités de chaque degré de sondage de l'échantillon maître.

1. Premier degré : tirage des UPS :

$$P_{1hi} = \frac{A_h \times M_{hi}}{\Sigma M_{hi}}$$

où A_h est le nombre d'UPS tirées, M_{hi} est le nombre de ménages dénombrés dans la $i^{ème}$ UPS et ΣM_{hi} est le nombre total de ménages dénombrés dans la strate.

2. Deuxième degré : tirage des USS :

$$P_{2hij} = \frac{m_{hij}}{M_{hi}}$$

où m_{hij} est le nombre de ménages dénombrés dans la $j^{ème}$ ZD tirée à partir de la $i^{ème}$ UPS et M_{hi} est le nombre de ménages dénombrés dans la $i^{ème}$ UPS. Jusqu'à ce niveau, les nombres de ménages dénombrés viennent de la base de sondage qui est le RGPH.

3. Segmentation des USS :

$$P'_{2hij} = t_{hij}$$

où t_{hij} est la taille (en pourcentage) de la ZD retenue pour l'échantillon maître, d'après le travail de segmentation. Noter que $\Sigma\ t_{hij} = 1$.

P_{hi} est donc calculé de la manière suivante :

$$P_{hi} = \frac{A_h \times M_{hi}}{\Sigma M_{hi}} \times \frac{m_{hij}}{M_{hi}} \times t_{hij}$$

ou

$$P_{hi} = \frac{A_h \times m_{hij} \times t_{hij}}{\Sigma M_{hi}}$$

A.5.2 Échantillon EDS

1. Tirage des trois sous-échantillons qui servent de base de sondage : 3/4 = 0,75

2. Premier degré : tirage des UPS avec probabilités égales :

$$p_{1hi} = \frac{a_h}{A_h}$$

où a_h est le nombre d'UPS tirées dans la strate h et A_h est le nombre d'UPS qui existe dans les trois sous-échantillons.

3. Deuxième degré : tirage des ménages

Au deuxième degré, on a tiré un nombre b_{hi} de ménages à partir des M'_{hi} ménages nouvellement dénombrés par l'équipe EDS dans la grappe. On a donc :

$$p_{2hi} = \frac{b_{hi}}{M'_{hi}}$$

Afin que l'échantillon de l'EDS soit auto-pondéré à l'intérieur de la strate, la probabilité globale

$$f_h = P_{hi} \times 0{,}75 \times p_{1hi} \times p_{2hi}$$

doit être la même pour chaque ménage à l'intérieur de la strate, où f_h est le taux de sondage calculé séparément pour chaque strate :

$$f_h = \frac{n_h}{N_h}$$

où n_h est le nombre actuel de ménages tirés dans la strate h pour l'EDS et N_h est le nombre estimé de ménages dans la strate h en 1997.

Le tirage des ménages a été fait avec probabilités égales et le pas de tirage a été calculé de la manière suivante :

$$I_{hi} = \frac{1}{p_{2hi}} = \frac{P_{hi} \times 0{,}75 \times p_{1hi}}{f_h}$$

À cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les strates, des taux de pondération seront nécessaires pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national.

Pour chaque strate h, le taux de pondération d'après le plan de sondage sera calculé de la manière suivante :

$$w_h = \frac{f}{f_h}$$

où f est le taux global de sondage de l'échantillon et f_h est le taux de sondage de la strate h.

A.6 Résultats des enquêtes

Le tableau A.9 présente les résultats détaillés des enquêtes ménage et femme selon la région et le milieu de résidence. À la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante:

$$\frac{(1)}{(1)+(2)+(4)+(7)}$$

De la même manière, le taux de réponse des femmes est calculé de la manière suivante:

$$\frac{(a)}{(a)+(b)+(c)+(d)+(e)+(f)+(g)}$$

Le taux de réponse global des femmes est le produit du taux de réponse des enquêtes ménage et du taux de réponse des femmes.

Tableau A.9 Résultats des enquêtes auprès des ménages et des femmes par milieu de résidence

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles dans l'échantillon de l'EDST par résultat de l'enquête, taux de réponse des ménages et des femmes, et taux de réponse global selon le milieu de résidence, EDS Madagascar 1997

Résultat des interviews	Province						Milieu de résidence		Ensemble
	Antana-narivo	Fiana-rantsoa	Toama-asina	Maha-janga	Toliary	Antsi-ranana	Urban	Rural	
Ménages sélectionnés									
Rempli (1)	94,5	91,6	87,4	89,9	86,5	89,7	91,7	90,2	90,6
Ménage présent mais pas d'enquêté disponible (2)	0,4	1,3	0,5	1,4	4,1	2,3	1,0	1,7	1,5
Refus de répondre (4)	1,0	0,1	0,4	0,2	0,8	0,0	1,1	0,3	0,5
Logement non trouvé (7)	0,0	1,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3
Ménage absent (3)	2,3	2,9	7,7	6,9	7,0	5,8	3,8	5,5	5,0
Logement vide/ Pas de logement (5)	1,4	2,3	3,4	1,5	1,1	1,9	1,8	1,8	1,8
Logement détruit (6)	0,3	0,3	0,5	0,1	0,4	0,2	0,4	0,2	0,3
Autre (8)	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	2 267	1 137	1 105	1 225	1 135	1 046	2 232	5 683	7 915
Taux de réponse	98,5	96,9	99,0	98,2	94,5	97,4	97,7	97,5	97,6
Femmes éligibles									
Entièrement rempli (a)	95,9	93,6	93,2	96,3	92,0	98,3	95,5	94,9	95,1
Pas à la maison (b)	1,9	4,3	4,9	2,5	4,8	1,0	2,2	3,4	3,0
Différé (c)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Refus de répondre (d)	0,9	0,3	0,5	0,3	1,4	0,2	0,8	0,6	0,7
Partiellement rempli (e)	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,0	0,3	0,1	0,2
Incapacité (f)	0,9	1,5	1,2	0,8	1,4	0,5	1,1	1,0	1,0
Autre (g)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	2 565	1 160	939	1 068	828	864	2 489	4 935	7 424
Taux de réponse des femmes	95,9	93,6	93,2	96,3	92,0	98,3	95,5	94,9	95,1
Taux de réponse global des femmes	94,5	90,7	92,2	94,5	87,0	95,7	93,3	92,6	92,8

ANNEXE B

ERREURS DE SONDAGE

ANNEXE B

ERREURS DE SONDAGE

Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs : les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêtée, ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EDS, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. Les estimations qui figurent dans ce rapport ont été obtenues à partir d'un échantillon de 7 060 femmes âgées de 15 à 49 ans. Si l'enquête avait été effectuée auprès d'un autre échantillon de femmes, il y a tout lieu de penser que les fréquences des réponses auraient été très peu différentes de celles présentées ici. C'est l'incertitude de cette assomption que reflète l'erreur de sondage; celle-ci permet donc de mesurer le degré de variation des réponses d'un échantillon à un autre.

L'*erreur-type (ET)* est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne ou proportion). Elle est estimée à partir de la variance des réponses dans l'échantillon même : l'erreur-type est la racine carrée de la variance.

Si l'échantillon de femmes avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDS étant un échantillon stratifié à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Le module « erreurs de sondage » du logiciel ISSA a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée. Ce module utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes tels que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, $r=y/x$, avec y la valeur du paramètre pour l'échantillon total, et x le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - r.x_{hi} \quad et \quad z_h = y_h - r.x_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H,
m_h est le nombre total de grappes tirées dans la strate h,
y_{hi} est la somme des valeurs du paramètre y dans la grappe i de la strate h,
x_{hi} est la somme des nombres de cas dans la grappe i de la strate h, et
f est le taux global de sondage qui est négligeable.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal, et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut *une* grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des sous-échantillons pseudo-indépendants ont été créés. Dans l'EDS, il y a 269 grappes non-vides. Par conséquent, 269 sous-échantillons ont été créés. La variance d'un taux *r* est calculé de la façon suivante :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^{k} (r_i - r)^2$$

dans laquelle

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

où r est l'estimation calculée à partir de l'échantillon principal de 269 grappes,
$r_{(i)}$ est l'estimation calculée à partir de l'échantillon réduit de 268 grappes ($i^{\text{ème}}$ grappe exclue), et
k est le nombre total de grappes.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDS ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats sont présentés dans cet annexe pour l'ensemble du pays, le milieu urbain, le milieu rural, et pour chacune des six provinces (*Faritany*). Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne, proportion ou taux) et la population de base sont présentés dans le tableau B.1. Les tableaux B.2 à B.10 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % (M±2ET) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart-type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur non-pondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interpreté de la manière suivante : pour la variable *Enfants nés vivants des femmes 15-49 ans,* l'EDS a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 3,215 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,05 enfant. Dans 95 % des échantillons de taille et caractéristique identiques, la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans se trouve entre 3,215 - 2x0,05 et 3,215 + 2x0,05, soit 3,115 et 3,315.

Les erreurs de sondage ont été analysées pour l'échantillon national de femmes et pour deux groupes d'estimations : (1) moyennes et proportions, et (2) taux démographiques. Les erreurs relatives (ET/M) des moyennes et proportions se situent entre 1,2 % et 27,4 % avec une moyenne de 5,9 %. Les erreurs relatives les plus élevées sont généralement celles des très faibles estimations (par exemple, parmi les femmes actuellement en union qui *utilisent le condom*). Si on enlève les estimations de très faible valeur (moins de

10 %), la moyenne tombe à 3,6 %. Ainsi, en général, les erreurs relatives de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles, sauf dans le cas de très faibles proportions. L'erreur relative de l'indice de fécondité est assez faible (2,4 %). Cependant, pour les taux de mortalité, l'erreur relative moyenne est un peu plus élevé (6,7 %).

Il existe des différences entre les erreurs relatives au niveau des sous-échantillons. Par exemple, pour la variable *Enfants nés vivants des femmes âgées de 40 à 49 ans,* l'erreur relative pour l'échantillon de femmes est respectivement de 2 %, 3,4 % et 6 % pour l'ensemble du pays, l'ensemble du milieu urbain et le faritany de Mahajanga.

Pour l'échantillon national de femmes, la moyenne de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 1,6 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, la variance est multipliée par un facteur de $1,6^2 = 2,56$ parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés).

Tableau B.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDS Madagascar 1997

Variable	Estimation	Population de base
Milieu urbain	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Jamais mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Mariée (en union) avant 20 ans	Proportion	Femmes 20-49
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	Proportion	Femmes 20-49
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants des femmes 40-49	Moyenne	Femmes 40-49
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Connaît une méthode contraceptive	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Connaît une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise actuellement la pilule	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise actuellement le DIU	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise actuellement les injections	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise actuellement le condom	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise actuellement la stérilisation féminine	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise la continence périodique	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise actuellement le retrait	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise source publique	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Taille de famille idéale	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	Proportion	Naissances, 3 dernières années
Assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances, 3 dernières années
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants de moins de 3 ans, avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants de moins de 3 ans, avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant une carte de santé	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Poids pour taille	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Taille pour âge	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Poids pour âge	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	Taux	Femmes-années d'exposition au risque de grossesse
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infantile (10 ans)[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès

[1] 5 ans pour le total

Tableau B.2 Erreurs de sondage - Échantillon national, EDS Madagascar 1997

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
Milieu urbain	0,281	0,011	7060	7060	2,007	0,038	0,260	0,303
Sans instruction	0,212	0,012	7060	7060	2,476	0,057	0,188	0,236
Instruction post-primaire ou plus	0,269	0,012	7060	7060	2,310	0,045	0,244	0,293
Jamais mariée (en union)	0,234	0,008	7060	7060	1,506	0,032	0,219	0,249
15-49 Actuellement mariée (en union)	0,628	0,008	7060	7060	1,328	0,012	0,613	0,643
Mariée (en union) avant 20 ans	0,620	0,011	5483	5507	1,604	0,017	0,599	0,641
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,633	0,011	5483	5507	1,742	0,018	0,610	0,656
Enfants nés vivants	3,215	0,050	7060	7060	1,308	0,016	3,115	3,315
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,639	0,131	1125	1130	1,170	0,020	6,376	6,901
Enfants survivants	2,619	0,038	7060	7060	1,215	0,014	2,543	2,694
Connaît une méthode contraceptive	0,718	0,018	4356	4435	2,595	0,025	0,682	0,753
Connaît une méthode moderne	0,693	0,017	4356	4435	2,498	0,025	0,658	0,728
A utilisé une méthode	0,310	0,014	4356	4435	2,053	0,046	0,281	0,338
Utilise actuellement une méthode	0,194	0,010	4356	4435	1,668	0,051	0,174	0,214
Utilise actuellement une méthode moderne	0,097	0,008	4356	4435	1,788	0,082	0,081	0,114
Utilise actuellement la pilule	0,024	0,005	4356	4435	1,977	0,189	0,015	0,034
Utilise actuellement le DIU	0,005	0,001	4356	4435	0,851	0,174	0,004	0,007
Utilise actuellement les injections	0,047	0,004	4356	4435	1,324	0,091	0,038	0,055
Utilise actuellement le condom	0,007	0,002	4356	4435	1,469	0,274	0,003	0,010
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,010	0,002	4356	4435	1,100	0,166	0,007	0,013
Utilise la continence périodique	0,079	0,005	4356	4435	1,320	0,068	0,069	0,090
Utilise actuellement le retrait	0,016	0,002	4356	4435	1,235	0,147	0,011	0,021
Utilise source publique	0,521	0,033	574	518	1,571	0,063	0,455	0,587
Ne veut plus d'enfants	0,371	0,010	4356	4435	1,357	0,027	0,351	0,391
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,315	0,008	4356	4435	1,093	0,024	0,299	0,330
Taille de famille idéale	5,306	0,082	6447	6358	2,303	0,015	5,142	5,469
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,497	0,015	3681	3893	1,799	0,031	0,466	0,528
Assistance médicale à l'accouchement	0,473	0,021	3681	3893	2,391	0,044	0,431	0,515
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,271	0,013	3344	3537	1,701	0,048	0,245	0,297
A reçu traitement SRO	0,231	0,017	882	957	1,219	0,073	0,197	0,265
A consulté du personnel médical	0,395	0,022	882	957	1,347	0,055	0,352	0,439
Ayant une carte de santé	0,497	0,020	1125	1209	1,350	0,039	0,458	0,536
A reçu vaccination BCG	0,660	0,020	1125	1209	1,454	0,030	0,620	0,700
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,484	0,022	1125	1209	1,524	0,045	0,440	0,528
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,477	0,022	1125	1209	1,545	0,047	0,433	0,522
A reçu vaccination rougeole	0,460	0,019	1125	1209	1,304	0,041	0,422	0,497
Vacciné contre toutes les maladies	0,362	0,019	1125	1209	1,362	0,052	0,324	0,400
Poids pour taille	0,074	0,005	2908	3080	1,144	0,073	0,063	0,085
Taille pour âge	0,483	0,014	2908	3080	1,518	0,028	0,456	0,511
Poids pour âge	0,400	0,011	2908	3080	1,245	0,028	0,377	0,422
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,969	0,141	NA	19800	1,549	0,024	5,688	6,250
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)[1]	40,367	3,313	6246	6592	1,259	0,082	33,740	46,993
Quotient de mortalité infantile (5 ans)[2]	96,244	5,363	6282	6633	1,426	0,056	85,518	106,970
Quotient de mortalité juvénile (5 ans)[2]	69,639	4,917	6388	6744	1,316	0,071	59,805	79,473
Quotient de mortalité infanto-juvénile (5 ans)[2]	159,181	7,769	6427	6789	1,599	0,049	143,642	174,719
Quotient de mortalité post-néonatale (5 ans)[2]	55,878	4,373	6279	6630	1,494	0,078	47,131	64,624

NA = Non-applicable
[1] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.
[2] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-4 ans précédant l'enquête.

Tableau B.3 Erreurs de sondage - Échantillon urbain, EDS Madagascar 1997

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
Milieu urbain	1,000	0,000	2376	1987	NA	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,109	0,017	2376	1987	2,677	0,157	0,075	0,143
Instruction post-primaire ou plus	0,526	0,031	2376	1987	3,043	0,059	0,463	0,588
Jamais mariée (en union)	0,306	0,015	2376	1987	1,606	0,050	0,275	0,336
15-49 Actuellement mariée (en union)	0,570	0,015	2376	1987	1,450	0,026	0,540	0,599
Mariée (en union) avant 20 ans	0,485	0,021	1834	1534	1,806	0,043	0,443	0,527
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,486	0,022	1834	1534	1,882	0,045	0,442	0,530
Enfants nés vivants	2,496	0,070	2376	1987	1,225	0,028	2,356	2,636
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,274	0,177	408	338	1,082	0,034	4,921	5,628
Enfants survivants	2,120	0,060	2376	1987	1,243	0,028	2,000	2,240
Connaît une méthode contraceptive	0,868	0,035	1307	1132	3,722	0,040	0,798	0,938
Connaît une méthode moderne	0,854	0,035	1307	1132	3,619	0,041	0,783	0,924
A utilisé une méthode	0,523	0,035	1307	1132	2,529	0,067	0,453	0,593
Utilise actuellement une méthode	0,345	0,022	1307	1132	1,680	0,064	0,301	0,390
Utilise actuellement une méthode moderne	0,176	0,016	1307	1132	1,493	0,089	0,144	0,207
Utilise actuellement la pilule	0,032	0,006	1307	1132	1,182	0,181	0,020	0,043
Utilise actuellement le DIU	0,013	0,003	1307	1132	0,834	0,204	0,008	0,018
Utilise actuellement les injections	0,083	0,011	1307	1132	1,435	0,132	0,061	0,104
Utilise actuellement le condom	0,015	0,004	1307	1132	1,106	0,250	0,007	0,022
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,024	0,004	1307	1132	1,017	0,179	0,016	0,033
Utilise la continence périodique	0,152	0,012	1307	1132	1,257	0,082	0,127	0,177
Utilise actuellement le retrait	0,013	0,004	1307	1132	1,129	0,271	0,006	0,020
Utilise source publique	0,419	0,029	334	245	1,080	0,070	0,361	0,478
Ne veut plus d'enfants	0,425	0,021	1307	1132	1,532	0,049	0,383	0,467
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,247	0,014	1307	1132	1,202	0,058	0,218	0,276
Taille de famille idéale	4,181	0,115	2255	1857	2,469	0,027	3,951	4,410
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,559	0,023	804	781	1,335	0,041	0,513	0,605
Assistance médicale à l'accouchement	0,683	0,043	804	781	2,537	0,063	0,598	0,769
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,300	0,030	727	704	1,828	0,099	0,241	0,360
A reçu traitement SRO	0,423	0,042	210	212	1,322	0,099	0,340	0,507
A consulté du personnel médical	0,467	0,048	210	212	1,500	0,103	0,370	0,563
Ayant une carte de santé	0,573	0,031	257	256	1,097	0,055	0,510	0,635
A reçu vaccination BCG	0,803	0,041	257	256	1,749	0,051	0,721	0,884
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,592	0,047	257	256	1,661	0,080	0,498	0,686
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,588	0,049	257	256	1,731	0,084	0,489	0,686
A reçu vaccination rougeole	0,608	0,043	257	256	1,531	0,071	0,522	0,695
Vacciné contre toutes les maladies	0,464	0,053	257	256	1,835	0,114	0,359	0,570
Poids pour taille	0,053	0,011	609	600	1,263	0,197	0,032	0,075
Taille pour âge	0,446	0,031	609	600	1,682	0,070	0,383	0,509
Poids pour âge	0,356	0,023	609	600	1,253	0,064	0,310	0,401
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	4,190	0,210	NA	5554	1,690	0,050	3,770	4,609
Quotient de mortalité néonatale (10 ans) [1]	37,367	5,093	2641	2534	1,321	0,136	27,180	47,553
Quotient de mortalité infantile (10 ans) [1]	77,881	6,746	2648	2539	1,275	0,087	64,389	91,373
Quotient de mortalité juvénile (10 ans) [1]	53,335	5,273	2666	2554	1,122	0,099	42,790	63,881
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans) [1]	127,063	8,211	2674	2562	1,217	0,065	110,641	143,485
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans) [1]	40,515	5,391	2647	2538	1,405	0,133	29,733	51,297

NA = Non-applicable
[1] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

Tableau B.4 Erreurs de sondage - Échantillon rural, EDS Madagascar 1997

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
Milieu urbain	0,000	0,000	4684	5073	NA	0,000	0,000	0,000
Sans instruction	0,253	0,015	4684	5073	2,369	0,059	0,223	0,283
Instruction post-primaire ou plus	0,168	0,010	4684	5073	1,884	0,061	0,147	0,189
Jamais mariée (en union)	0,205	0,009	4684	5073	1,494	0,043	0,188	0,223
15-49 Actuellement mariée (en union)	0,651	0,009	4684	5073	1,314	0,014	0,633	0,669
Mariée (en union) avant 20 ans	0,672	0,012	3649	3973	1,525	0,018	0,649	0,696
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,690	0,013	3649	3973	1,724	0,019	0,664	0,716
Enfants nés vivants	3,496	0,061	4684	5073	1,260	0,017	3,374	3,618
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,222	0,163	717	792	1,144	0,023	6,896	7,547
Enfants survivants	2,814	0,046	4684	5073	1,171	0,016	2,722	2,906
Connaît une méthode contraceptive	0,666	0,021	3049	3302	2,427	0,031	0,625	0,708
Connaît une méthode moderne	0,638	0,020	3049	3302	2,330	0,032	0,598	0,679
A utilisé une méthode	0,237	0,016	3049	3302	2,014	0,066	0,206	0,268
Utilise actuellement une méthode	0,143	0,011	3049	3302	1,789	0,079	0,120	0,165
Utilise actuellement une méthode moderne	0,071	0,010	3049	3302	2,050	0,135	0,052	0,090
Utilise actuellement la pilule	0,022	0,006	3049	3302	2,227	0,269	0,010	0,034
Utilise actuellement le DIU	0,003	0,001	3049	3302	0,912	0,302	0,001	0,005
Utilise actuellement les injections	0,034	0,004	3049	3302	1,309	0,126	0,026	0,043
Utilise actuellement le condom	0,004	0,002	3049	3302	1,841	0,542	0,000	0,008
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,005	0,002	3049	3302	1,283	0,326	0,002	0,008
Utilise la continence périodique	0,054	0,006	3049	3302	1,416	0,107	0,043	0,066
Utilise actuellement le retrait	0,017	0,003	3049	3302	1,242	0,171	0,011	0,023
Utilise source publique	0,612	0,054	240	273	1,722	0,089	0,504	0,721
Ne veut plus d'enfants	0,352	0,012	3049	3302	1,332	0,033	0,329	0,375
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,338	0,009	3049	3302	1,071	0,027	0,319	0,356
Taille de famille idéale	5,770	0,105	4192	4501	2,306	0,018	5,560	5,980
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,482	0,018	2877	3112	1,839	0,038	0,445	0,518
Assistance médicale à l'accouchement	0,421	0,024	2877	3112	2,352	0,056	0,373	0,468
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,263	0,014	2617	2833	1,644	0,055	0,234	0,292
A reçu traitement SRO	0,177	0,017	672	746	1,123	0,094	0,143	0,210
A consulté du personnel médical	0,375	0,024	672	746	1,286	0,065	0,326	0,423
Ayant une carte de santé	0,476	0,023	868	953	1,366	0,048	0,430	0,523
A reçu vaccination BCG	0,621	0,022	868	953	1,356	0,036	0,577	0,666
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,455	0,025	868	953	1,464	0,054	0,406	0,505
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,448	0,025	868	953	1,469	0,055	0,398	0,497
A reçu vaccination rougeole	0,420	0,020	868	953	1,206	0,048	0,380	0,460
Vacciné contre toutes les maladies	0,335	0,019	868	953	1,192	0,057	0,297	0,373
Poids pour taille	0,079	0,006	2299	2481	1,096	0,079	0,066	0,091
Taille pour âge	0,492	0,015	2299	2481	1,455	0,031	0,462	0,523
Poids pour âge	0,410	0,013	2299	2481	1,228	0,031	0,385	0,436
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,662	0,153	NA	14246	1,350	0,023	6,356	6,967
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)[1]	41,326	2,912	8858	9599	1,175	0,070	35,501	47,150
Quotient de mortalité infantile (10 ans)[1]	104,996	5,718	8882	9626	1,547	0,054	93,559	116,432
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)[1]	76,866	4,611	8956	9699	1,272	0,060	67,644	86,088
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)[1]	173,791	7,937	8982	9728	1,677	0,046	157,917	189,665
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)[1]	63,670	4,650	8880	9624	1,594	0,073	54,370	72,969

NA = Non-applicable
[1] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

Tableau B.5 Erreurs de sondage - Échantillon Antananarivo, EDS Madagascar 1997

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
Milieu urbain	0,370	0,019	2460	2387	1,986	0,052	0,331	0,409
Sans instruction	0,055	0,006	2460	2387	1,393	0,116	0,042	0,068
Instruction post-primaire ou plus	0,382	0,022	2460	2387	2,258	0,058	0,337	0,426
Jamais mariée (en union)	0,288	0,014	2460	2387	1,562	0,050	0,259	0,316
15-49 Actuellement mariée (en union)	0,621	0,015	2460	2387	1,522	0,024	0,591	0,650
Mariée (en union) avant 20 ans	0,529	0,019	1928	1883	1,638	0,035	0,492	0,566
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,458	0,021	1928	1883	1,893	0,047	0,415	0,501
Enfants nés vivants	2,983	0,096	2460	2387	1,494	0,032	2,791	3,176
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,626	0,209	434	426	1,204	0,031	6,209	7,044
Enfants survivants	2,535	0,074	2460	2387	1,378	0,029	2,386	2,684
Connaît une méthode contraceptive	0,885	0,014	1448	1481	1,684	0,016	0,857	0,913
Connaît une méthode moderne	0,861	0,016	1448	1481	1,725	0,018	0,830	0,892
A utilisé une méthode	0,486	0,024	1448	1481	1,857	0,050	0,437	0,535
Utilise actuellement une méthode	0,329	0,021	1448	1481	1,676	0,063	0,287	0,370
Utilise actuellement une méthode moderne	0,159	0,017	1448	1481	1,739	0,105	0,126	0,193
Utilise actuellement la pilule	0,041	0,011	1448	1481	2,069	0,262	0,020	0,063
Utilise actuellement le DIU	0,013	0,003	1448	1481	0,832	0,188	0,008	0,018
Utilise actuellement les injections	0,064	0,008	1448	1481	1,194	0,120	0,049	0,080
Utilise actuellement le condom	0,015	0,005	1448	1481	1,563	0,328	0,005	0,026
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,018	0,004	1448	1481	1,142	0,223	0,010	0,026
Utilise la continence périodique	0,138	0,013	1448	1481	1,447	0,095	0,111	0,164
Utilise actuellement le retrait	0,030	0,005	1448	1481	1,148	0,172	0,019	0,040
Utilise source publique	0,393	0,058	316	259	2,112	0,148	0,276	0,509
Ne veut plus d'enfants	0,487	0,018	1448	1481	1,387	0,037	0,451	0,523
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,266	0,012	1448	1481	1,041	0,045	0,242	0,290
Taille de famille idéale	4,293	0,115	2205	2042	2,418	0,027	4,062	4,523
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,515	0,030	984	1142	1,918	0,059	0,454	0,575
Assistance médicale à l'accouchement	0,653	0,032	984	1142	2,109	0,049	0,589	0,718
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,246	0,022	910	1064	1,658	0,090	0,202	0,291
A reçu traitement SRO	0,266	0,035	230	262	1,292	0,133	0,195	0,336
A consulté du personnel médical	0,373	0,037	230	262	1,247	0,100	0,299	0,448
Ayant une carte de santé	0,654	0,034	337	402	1,448	0,052	0,587	0,722
A reçu vaccination BCG	0,877	0,020	337	402	1,221	0,023	0,837	0,916
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,757	0,032	337	402	1,507	0,042	0,693	0,820
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,749	0,032	337	402	1,505	0,043	0,685	0,813
A reçu vaccination rougeole	0,708	0,029	337	402	1,289	0,041	0,650	0,765
Vacciné contre toutes les maladies	0,632	0,027	337	402	1,133	0,043	0,578	0,686
Poids pour taille	0,079	0,010	805	968	1,117	0,123	0,059	0,098
Taille pour âge	0,570	0,025	805	968	1,605	0,043	0,521	0,619
Poids pour âge	0,438	0,022	805	968	1,352	0,050	0,394	0,481
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,375	0,324	NA	6643	2,082	0,060	4,728	6,022
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)[1]	37,651	4,563	3115	3562	1,228	0,121	28,526	46,777
Quotient de mortalité infantile (10 ans)[1]	71,985	8,438	3119	3566	1,759	0,117	55,108	88,862
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)[1]	58,211	6,334	3135	3579	1,367	0,109	45,543	70,879
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)[1]	126,006	10,847	3140	3584	1,678	0,086	104,312	147,699
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)[1]	34,334	4,952	3118	3564	1,592	0,144	24,429	44,238

NA = Non-applicable
[1] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

Tableau B.6 Erreurs de sondage - Échantillon Fianarantsoa, EDS Madagascar 1997

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
Milieu urbain	0,183	0,026	1086	1432	2,236	0,144	0,130	0,235
Sans instruction	0,272	0,038	1086	1432	2,786	0,138	0,197	0,347
Instruction post-primaire ou plus	0,168	0,022	1086	1432	1,969	0,133	0,123	0,213
Jamais mariée (en union)	0,188	0,020	1086	1432	1,686	0,106	0,148	0,228
15-49 Actuellement mariée (en union)	0,623	0,019	1086	1432	1,317	0,031	0,584	0,662
Mariée (en union) avant 20 ans	0,680	0,028	844	1114	1,714	0,041	0,625	0,735
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,689	0,026	844	1114	1,655	0,038	0,636	0,741
Enfants nés vivants	3,585	0,116	1086	1432	1,180	0,032	3,352	3,817
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,309	0,344	154	204	1,169	0,047	6,622	7,996
Enfants survivants	2,749	0,080	1086	1432	1,030	0,029	2,590	2,909
Connaît une méthode contraceptive	0,474	0,057	676	893	2,942	0,119	0,361	0,587
Connaît une méthode moderne	0,435	0,053	676	893	2,762	0,121	0,330	0,541
A utilisé une méthode	0,178	0,036	676	893	2,433	0,201	0,106	0,250
Utilise actuellement une méthode	0,098	0,018	676	893	1,608	0,188	0,061	0,134
Utilise actuellement une méthode moderne	0,051	0,016	676	893	1,908	0,317	0,019	0,083
Utilise actuellement la pilule	0,018	0,011	676	893	2,201	0,621	0,000	0,041
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	676	893	NA	0,000	0,000	0,000
Utilise actuellement les injections	0,028	0,006	676	893	1,005	0,228	0,015	0,041
Utilise actuellement le condom	0,000	0,000	676	893	NA	0,000	0,000	0,000
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,003	0,002	676	893	1,089	0,725	0,000	0,008
Utilise la continence périodique	0,041	0,007	676	893	0,851	0,158	0,028	0,054
Utilise actuellement le retrait	0,006	0,004	676	893	1,217	0,623	0,000	0,013
Utilise source publique	0,622	0,072	40	53	0,926	0,116	0,478	0,766
Ne veut plus d'enfants	0,310	0,025	676	893	1,418	0,081	0,260	0,361
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,357	0,021	676	893	1,124	0,058	0,316	0,399
Taille de famille idéale	6,288	0,212	1033	1362	2,090	0,034	5,863	6,712
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,518	0,038	700	919	1,897	0,074	0,442	0,595
Assistance médicale à l'accouchement	0,307	0,046	700	919	2,417	0,149	0,216	0,399
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,347	0,041	616	810	2,120	0,119	0,265	0,430
A reçu traitement SRO	0,208	0,032	212	281	1,132	0,155	0,143	0,272
A consulté du personnel médical	0,462	0,047	212	281	1,338	0,101	0,368	0,556
Ayant une carte de santé	0,404	0,037	194	258	1,040	0,091	0,330	0,478
A reçu vaccination BCG	0,524	0,047	194	258	1,309	0,090	0,429	0,618
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,352	0,044	194	258	1,293	0,125	0,264	0,440
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,325	0,042	194	258	1,249	0,128	0,241	0,408
A reçu vaccination rougeole	0,318	0,038	194	258	1,143	0,119	0,242	0,394
Vacciné contre toutes les maladies	0,194	0,037	194	258	1,312	0,190	0,120	0,268
Poids pour taille	0,064	0,010	489	643	0,907	0,157	0,044	0,084
Taille pour âge	0,516	0,035	489	643	1,522	0,067	0,447	0,586
Poids pour âge	0,441	0,025	489	643	1,124	0,058	0,390	0,492
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,872	0,214	N/A	4039	0,997	0,031	6,444	7,300
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)[1]	38,128	5,088	2200	2895	1,145	0,133	27,951	48,304
Quotient de mortalité infantile (10 ans)[1]	120,919	12,197	2213	2911	1,660	0,101	96,526	145,313
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)[1]	94,270	9,513	2234	2938	1,101	0,101	75,244	113,295
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)[1]	203,790	17,391	2248	2955	1,777	0,085	169,008	238,572
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)[1]	82,792	11,035	2212	2910	1,695	0,133	60,722	104,861

NA = Non-applicable

[1] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

Tableau B.7 Erreurs de sondage - Échantillon Toamasina, EDS Madagascar 1997

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
Milieu urbain	0,272	0,024	875	1007	1,609	0,089	0,224	0,321
Sans instruction	0,168	0,022	875	1007	1,745	0,131	0,124	0,212
Instruction post-primaire ou plus	0,267	0,036	875	1007	2,424	0,136	0,194	0,339
Jamais mariée (en union)	0,269	0,015	875	1007	1,022	0,057	0,238	0,300
15-49 Actuellement mariée (en union)	0,598	0,021	875	1007	1,290	0,036	0,555	0,641
Mariée (en union) avant 20 ans	0,527	0,024	683	785	1,252	0,045	0,479	0,575
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,615	0,027	683	785	1,454	0,044	0,561	0,669
Enfants nés vivants	2,966	0,111	875	1007	1,053	0,037	2,745	3,187
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,158	0,318	147	170	1,007	0,052	5,522	6,793
Enfants survivants	2,410	0,089	875	1007	1,044	0,037	2,233	2,587
Connaît une méthode contraceptive	0,789	0,039	526	602	2,200	0,050	0,710	0,867
Connaît une méthode moderne	0,770	0,042	526	602	2,286	0,055	0,686	0,854
A utilisé une méthode	0,340	0,040	526	602	1,930	0,117	0,260	0,419
Utilise actuellement une méthode	0,204	0,024	526	602	1,345	0,116	0,157	0,252
Utilise actuellement une méthode moderne	0,094	0,023	526	602	1,795	0,243	0,048	0,140
Utilise actuellement la pilule	0,011	0,005	526	602	1,149	0,469	0,001	0,022
Utilise actuellement le DIU	0,004	0,003	526	602	1,019	0,704	0,000	0,010
Utilise actuellement les injections	0,066	0,016	526	602	1,492	0,244	0,034	0,099
Utilise actuellement le condom	0,004	0,003	526	602	1,069	0,712	0,000	0,010
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,006	0,004	526	602	1,058	0,589	0,000	0,013
Utilise la continence périodique	0,093	0,015	526	602	1,148	0,156	0,064	0,122
Utilise actuellement le retrait	0,013	0,007	526	602	1,462	0,559	0,000	0,027
Utilise source publique	0,761	0,067	60	71	1,209	0,088	0,627	0,895
Ne veut plus d'enfants	0,379	0,020	526	602	0,937	0,052	0,339	0,418
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,340	0,022	526	602	1,071	0,065	0,295	0,384
Taille de famille idéale	4,948	0,223	836	963	2,563	0,045	4,502	5,394
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,524	0,034	469	533	1,370	0,064	0,456	0,592
Assistance médicale à l'accouchement	0,412	0,059	469	533	2,397	0,143	0,295	0,530
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,238	0,029	423	480	1,379	0,122	0,180	0,296
A reçu traitement SRO	0,283	0,052	101	114	1,144	0,184	0,179	0,387
A consulté du personnel médical	0,336	0,071	101	114	1,486	0,211	0,194	0,478
Ayant une carte de santé	0,619	0,048	147	168	1,203	0,078	0,522	0,716
A reçu vaccination BCG	0,713	0,058	147	168	1,556	0,082	0,596	0,830
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,558	0,058	147	168	1,402	0,104	0,442	0,673
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,558	0,059	147	168	1,428	0,105	0,440	0,675
A reçu vaccination rougeole	0,522	0,050	147	168	1,204	0,095	0,423	0,622
Vacciné contre toutes les maladies	0,420	0,051	147	168	1,250	0,122	0,318	0,522
Poids pour taille	0,093	0,019	380	431	1,276	0,202	0,055	0,130
Taille pour âge	0,478	0,038	380	431	1,476	0,079	0,402	0,554
Poids pour âge	0,402	0,029	380	431	1,133	0,071	0,345	0,459
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,609	0,293	NA	2870	1,222	0,052	5,023	6,194
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)[1]	48,911	9,362	1398	1592	1,285	0,191	30,186	67,636
Quotient de mortalité infantile (10 ans)[1]	104,054	11,435	1401	1596	1,222	0,110	81,184	126,925
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)[1]	78,658	9,243	1414	1610	0,914	0,118	60,171	97,145
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)[1]	174,528	14,610	1417	1614	1,183	0,084	145,308	203,748
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)[1]	55,144	8,039	1401	1596	1,264	0,146	39,066	71,221

NA = Non-applicable
[1] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

Tableau B.8 Erreurs de sondage - Échantillon Mahajanga, EDS Madagascar 1997

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
Milieu urbain	0,249	0,034	1028	852	2,495	0,135	0,181	0,316
Sans instruction	0,328	0,044	1028	852	2,987	0,133	0,241	0,416
Instruction post-primaire ou plus	0,220	0,039	1028	852	3,018	0,177	0,142	0,298
Jamais mariée (en union)	0,159	0,018	1028	852	1,568	0,113	0,123	0,194
15-49 Actuellement mariée (en union)	0,663	0,015	1028	852	1,035	0,023	0,632	0,693
Mariée (en union) avant 20 ans	0,746	0,021	799	661	1,382	0,029	0,703	0,789
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,734	0,022	799	661	1,417	0,030	0,690	0,778
Enfants nés vivants	3,505	0,124	1028	852	1,221	0,035	3,256	3,754
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,781	0,405	142	117	1,231	0,060	5,971	7,591
Enfants survivants	2,765	0,095	1028	852	1,171	0,034	2,575	2,955
Connaît une méthode contraceptive	0,719	0,035	687	564	2,061	0,049	0,648	0,789
Connaît une méthode moderne	0,715	0,036	687	564	2,066	0,050	0,644	0,787
A utilisé une méthode	0,181	0,026	687	564	1,763	0,143	0,130	0,233
Utilise actuellement une méthode	0,107	0,020	687	564	1,678	0,185	0,067	0,147
Utilise actuellement une méthode moderne	0,053	0,012	687	564	1,357	0,219	0,030	0,076
Utilise actuellement la pilule	0,011	0,005	687	564	1,282	0,474	0,001	0,021
Utilise actuellement le DIU	0,001	0,001	687	564	0,956	0,991	0,000	0,004
Utilise actuellement les injections	0,024	0,005	687	564	0,842	0,206	0,014	0,034
Utilise actuellement le condom	0,000	0,000	687	564	NA	0,000	0,000	0,000
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,010	0,004	687	564	0,924	0,352	0,003	0,017
Utilise la continence périodique	0,043	0,010	687	564	1,231	0,221	0,024	0,062
Utilise actuellement le retrait	0,011	0,005	687	564	1,286	0,475	0,001	0,021
Utilise source publique	0,545	0,096	41	37	1,223	0,177	0,352	0,737
Ne veut plus d'enfants	0,340	0,024	687	564	1,322	0,070	0,292	0,387
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,316	0,016	687	564	0,891	0,050	0,284	0,347
Taille de famille idéale	5,430	0,180	926	769	2,109	0,033	5,069	5,791
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,447	0,038	661	536	1,849	0,086	0,370	0,524
Assistance médicale à l'accouchement	0,461	0,053	661	536	2,486	0,115	0,355	0,567
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,268	0,022	587	477	1,199	0,084	0,223	0,313
A reçu traitement SRO	0,263	0,032	154	128	0,909	0,123	0,198	0,328
A consulté du personnel médical	0,399	0,048	154	128	1,192	0,119	0,304	0,494
Ayant une carte de santé	0,314	0,046	174	141	1,291	0,146	0,222	0,405
A reçu vaccination BCG	0,498	0,064	174	141	1,673	0,129	0,370	0,627
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,241	0,057	174	141	1,748	0,238	0,126	0,355
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,244	0,060	174	141	1,823	0,246	0,124	0,364
A reçu vaccination rougeole	0,332	0,052	174	141	1,450	0,158	0,227	0,436
Vacciné contre toutes les maladies	0,190	0,053	174	141	1,750	0,277	0,085	0,295
Poids pour taille	0,072	0,012	531	431	1,057	0,166	0,048	0,096
Taille pour âge	0,410	0,021	531	431	1,009	0,052	0,367	0,453
Poids pour âge	0,342	0,020	531	431	0,970	0,058	0,302	0,381
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,615	0,339	NA	2393	1,252	0,051	5,937	7,293
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)[1]	38,480	6,520	2063	1673	1,376	0,169	25,441	51,519
Quotient de mortalité infantile (10 ans)[1]	112,419	10,646	2066	1676	1,292	0,095	91,127	133,711
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)[1]	74,349	8,239	2088	1695	1,273	0,111	57,870	90,827
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)[1]	178,410	12,853	2092	1698	1,396	0,072	152,703	204,116
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)[1]	73,939	9,455	2065	1675	1,360	0,128	55,029	92,848

NA = Non-applicable

[1] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

Tableau B.9 Erreurs de sondage - Échantillon Toliary, EDS Madagascar 1997

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base Non pondérée (N)	Population de base Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance M-2ET	Intervalle de confiance M+2ET
Milieu urbain	0,267	0,027	762	876	1,714	0,103	0,212	0,322
Sans instruction	0,483	0,042	762	876	2,337	0,088	0,398	0,567
Instruction post-primaire ou plus	0,199	0,040	762	876	2,790	0,203	0,118	0,280
Jamais mariée (en union)	0,183	0,015	762	876	1,063	0,081	0,153	0,213
15-49 Actuellement mariée (en union)	0,684	0,015	762	876	0,905	0,022	0,653	0,714
Mariée (en union) avant 20 ans	0,738	0,029	598	688	1,585	0,039	0,681	0,795
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,847	0,020	598	688	1,381	0,024	0,806	0,887
Enfants nés vivants	3,378	0,117	762	876	0,995	0,035	3,144	3,611
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,330	0,373	118	135	1,006	0,059	5,585	7,076
Enfants survivants	2,771	0,101	762	876	1,055	0,037	2,568	2,974
Connaît une méthode contraceptive	0,511	0,040	522	599	1,834	0,079	0,431	0,591
Connaît une méthode moderne	0,475	0,043	522	599	1,966	0,090	0,389	0,561
A utilisé une méthode	0,155	0,036	522	599	2,275	0,233	0,083	0,227
Utilise actuellement une méthode	0,086	0,024	522	599	1,923	0,274	0,039	0,133
Utilise actuellement une méthode moderne	0,054	0,018	522	599	1,839	0,337	0,018	0,090
Utilise actuellement la pilule	0,015	0,007	522	599	1,285	0,461	0,001	0,028
Utilise actuellement le DIU	0,000	0,000	522	599	NA	0,000	0,000	0,000
Utilise actuellement les injections	0,023	0,013	522	599	2,032	0,584	0,000	0,049
Utilise actuellement le condom	0,004	0,004	522	599	1,488	0,993	0,000	0,013
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,008	0,004	522	599	1,030	0,494	0,000	0,016
Utilise la continence périodique	0,028	0,012	522	599	1,711	0,440	0,003	0,053
Utilise actuellement le retrait	0,004	0,003	522	599	1,044	0,722	0,000	0,010
Utilise source publique	0,682	0,085	43	53	1,183	0,125	0,512	0,852
Ne veut plus d'enfants	0,216	0,022	522	599	1,213	0,101	0,172	0,260
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,323	0,024	522	599	1,178	0,075	0,275	0,371
Taille de famille idéale	6,909	0,205	648	746	1,578	0,030	6,499	7,319
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,426	0,039	454	520	1,563	0,091	0,349	0,504
Assistance médicale à l'accouchement	0,415	0,055	454	520	2,121	0,132	0,305	0,524
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,272	0,024	414	474	1,072	0,090	0,224	0,321
A reçu traitement SRO	0,147	0,049	112	129	1,451	0,333	0,049	0,244
A consulté du personnel médical	0,349	0,049	112	129	1,047	0,140	0,252	0,447
Ayant une carte de santé	0,292	0,063	143	163	1,618	0,217	0,165	0,418
A reçu vaccination BCG	0,453	0,066	143	163	1,558	0,147	0,320	0,586
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,233	0,060	143	163	1,642	0,257	0,113	0,353
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,249	0,061	143	163	1,632	0,244	0,127	0,371
A reçu vaccination rougeole	0,234	0,052	143	163	1,424	0,222	0,130	0,339
Vacciné contre toutes les maladies	0,150	0,046	143	163	1,476	0,309	0,057	0,242
Poids pour taille	0,076	0,018	346	396	1,272	0,237	0,040	0,113
Taille pour âge	0,365	0,028	346	396	1,017	0,075	0,310	0,420
Poids pour âge	0,343	0,030	346	396	1,141	0,088	0,282	0,403
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,178	0,301	NA	2460	0,995	0,049	5,575	6,781
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)[1]	50,171	6,523	1442	1651	0,991	0,130	37,126	63,217
Quotient de mortalité infantile (10 ans)[1]	114,445	11,049	1446	1656	1,132	0,097	92,347	136,543
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)[1]	51,731	8,583	1452	1662	1,203	0,166	34,565	68,897
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)[1]	160,256	14,488	1456	1667	1,268	0,090	131,280	189,231
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)[1]	64,274	7,688	1446	1656	1,001	0,120	48,898	79,650

NA = Non-applicable
[1] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

Tableau B.10 Erreurs de sondage - Échantillon Antsiranana, EDS Madagascar 1997

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
Milieu urbain	0,242	0,030	849	506	2,010	0,122	0,183	0,301
Sans instruction	0,212	0,026	849	506	1,850	0,123	0,160	0,264
Instruction post-primaire ou plus	0,226	0,025	849	506	1,711	0,109	0,177	0,275
Jamais mariée (en union)	0,251	0,013	849	506	0,863	0,051	0,225	0,277
15-49 Actuellement mariée (en union)	0,583	0,017	849	506	1,025	0,030	0,548	0,618
Mariée (en union) avant 20 ans	0,655	0,021	631	376	1,088	0,031	0,614	0,697
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,816	0,024	631	376	1,525	0,029	0,769	0,863
Enfants nés vivants	2,983	0,123	849	506	1,164	0,041	2,737	3,228
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,322	0,348	130	78	1,008	0,055	5,626	7,019
Enfants survivants	2,548	0,093	849	506	1,028	0,036	2,363	2,733
Connaît une méthode contraceptive	0,886	0,021	497	295	1,508	0,024	0,843	0,929
Connaît une méthode moderne	0,875	0,022	497	295	1,495	0,025	0,830	0,919
A utilisé une méthode	0,320	0,029	497	295	1,394	0,091	0,262	0,379
Utilise actuellement une méthode	0,181	0,016	497	295	0,931	0,089	0,149	0,213
Utilise actuellement une méthode moderne	0,108	0,014	497	295	1,037	0,134	0,079	0,137
Utilise actuellement la pilule	0,031	0,009	497	295	1,137	0,286	0,013	0,048
Utilise actuellement le DIU	0,004	0,003	497	295	0,990	0,690	0,000	0,010
Utilise actuellement les injections	0,067	0,011	497	295	1,013	0,169	0,045	0,090
Utilise actuellement le condom	0,004	0,003	497	295	1,009	0,703	0,000	0,010
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,002	0,002	497	295	1,038	1,047	0,000	0,006
Utilise la continence périodique	0,047	0,011	497	295	1,152	0,233	0,025	0,069
Utilise actuellement le retrait	0,020	0,007	497	295	1,172	0,369	0,005	0,035
Utilise source publique	0,553	0,055	74	45	0,941	0,099	0,444	0,663
Ne veut plus d'enfants	0,327	0,026	497	295	1,217	0,078	0,275	0,378
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,357	0,018	497	295	0,852	0,051	0,320	0,394
Taille de famille idéale	4,850	0,129	799	476	1,851	0,027	4,593	5,108
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,536	0,045	413	244	1,691	0,084	0,446	0,625
Assistance médicale à l'accouchement	0,539	0,068	413	244	2,561	0,126	0,403	0,674
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,185	0,018	394	233	0,914	0,097	0,150	0,221
A reçu traitement SRO	0,194	0,042	73	43	0,905	0,218	0,109	0,279
A consulté du personnel médical	0,372	0,060	73	43	1,029	0,162	0,252	0,493
Ayant une carte de santé	0,491	0,076	130	77	1,718	0,155	0,339	0,644
A reçu vaccination BCG	0,603	0,062	130	77	1,417	0,103	0,479	0,726
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,326	0,061	130	77	1,472	0,187	0,203	0,448
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,309	0,059	130	77	1,442	0,191	0,191	0,427
A reçu vaccination rougeole	0,219	0,050	130	77	1,381	0,230	0,118	0,320
Vacciné contre toutes les maladies	0,156	0,041	130	77	1,265	0,259	0,075	0,237
Poids pour taille	0,042	0,009	357	211	0,832	0,212	0,024	0,059
Taille pour âge	0,371	0,036	357	211	1,390	0,096	0,300	0,443
Poids pour âge	0,318	0,025	357	211	0,992	0,077	0,269	0,367
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,209	0,299	NA	1396	1,179	0,057	4,610	5,808
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)[1]	28,709	6,226	1281	759	1,064	0,217	16,258	41,160
Quotient de mortalité infantile (10 ans)[1]	72,908	7,434	1285	762	0,851	0,102	58,040	87,777
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)[1]	74,272	11,159	1299	770	1,353	0,150	51,953	96,591
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)[1]	141,765	14,917	1303	772	1,285	0,105	111,931	171,600
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)[1]	44,199	5,384	1285	762	0,855	0,122	33,432	54,967

NA = Non-applicable

[1] Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

ANNEXE C

TABLEAUX POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge, selon le sexe (pondéré), EDS Madagascar 1997

	Hommes		Femmes			Hommes		Femmes	
Âge	Effectif	%	Effectif	%	Âge	Effectif	%	Effectif	%
0	642	3,8	657	3,9	37	154	0,9	179	1,1
1	627	3,7	598	3,5	38	143	0,9	172	1,0
2	563	3,4	549	3,3	39	105	0,6	130	0,8
3	544	3,2	566	3,4	40	229	1,4	188	1,1
4	662	3,9	616	3,6	41	110	0,7	120	0,7
5	647	3,9	554	3,3	42	138	0,8	131	0,8
6	633	3,8	603	3,6	43	115	0,7	133	0,8
7	581	3,5	536	3,2	44	102	0,6	101	0,6
8	526	3,1	494	2,9	45	150	0,9	143	0,8
9	390	2,3	417	2,5	46	77	0,5	68	0,4
10	528	3,1	526	3,1	47	96	0,6	118	0,7
11	350	2,1	356	2,1	48	78	0,5	82	0,5
12	474	2,8	435	2,6	49	52	0,3	82	0,5
13	368	2,2	448	2,7	50	180	1,1	155	0,9
14	429	2,6	342	2,0	51	57	0,3	89	0,5
15	355	2,1	322	1,9	52	66	0,4	124	0,7
16	360	2,1	326	1,9	53	53	0,3	68	0,4
17	362	2,2	323	1,9	54	54	0,3	64	0,4
18	478	2,8	456	2,7	55	87	0,5	98	0,6
19	250	1,5	257	1,5	56	66	0,4	71	0,4
20	446	2,7	371	2,2	57	54	0,3	59	0,3
21	243	1,4	242	1,4	58	66	0,4	69	0,4
22	296	1,8	268	1,6	59	39	0,2	46	0,3
23	219	1,3	243	1,4	60	167	1,0	188	1,1
24	240	1,4	281	1,7	61	49	0,3	51	0,3
25	295	1,8	316	1,9	62	40	0,2	56	0,3
26	212	1,3	230	1,4	63	41	0,2	45	0,3
27	218	1,3	216	1,3	64	42	0,2	47	0,3
28	183	1,1	277	1,6	65	61	0,4	74	0,4
29	184	1,1	201	1,2	66	36	0,2	30	0,2
30	297	1,8	306	1,8	67	31	0,2	43	0,3
31	162	1,0	167	1,0	68	37	0,2	32	0,2
32	182	1,1	226	1,3	69	16	0,1	23	0,1
33	140	0,8	164	1,0	70+	340	2,0	343	2,0
34	159	0,9	187	1,1	NSP/ND	14	0,1	5	0,0
36	178	1,1	158	0,9	Total	16 794	100,0	16 876	100,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Tableau C.2 Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDS Madagascar 1997

Groupe d'âges	Femmes dans l'enquête ménage		Femmes enquêtées		Pourcentage enquêtées (pondéré)
	Effectif	%	Effectif	%	
10-14	2 106	-	-	-	-
15-19	1 684	22,8	1 534	21,9	91,1
20-24	1 404	19,0	1 318	18,8	93,9
25-29	1 240	16,8	1 198	17,1	96,6
30-34	1 050	14,2	1 013	14,4	96,4
35-39	856	11,6	828	11,8	96,8
40-44	673	9,1	647	9,2	96,2
45-49	493	6,7	479	6,8	97,1
50-54	500	-	-	-	-
15-49	7 400	-	7 017	-	94,8

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage.

Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, EDS Madagascar 1997

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentages d'informations manquantes	Effectif
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois seulement		21,5	16 261
Mois et année		0,2	16 261
Âge au décès	Naissances des 15 dernières années	0,3	2 675
Âge/Date de la 1ère union[1]	Femmes non-célibataires	0,3	5 410
Niveau d'instruction	Toutes les femmes	0,1	7 060
Taille à la naissance	Naissances des 0-59 derniers mois	6,8	1 398
Anthropométrie[2]	Enfants vivants de 0-59 mois		
Taille		6,7	3 537
Poids		5,6	3 537
Taille et poids		6,8	3 537
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	1,2	3 537

[1] Sans information pour l'âge et l'année
[2] Enfant non mesuré

Tableau C.4 Naissances par année de calendrier

Répartition des naissances par année de calendrier pour les enfants survivants (S), décédés (D) et l'ensemble des enfants (E), pourcentage de ceux ayant une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles (pondéré), EDS Madagascar 1997

Années	Rapport de masculinité à la naissance[1]	Rapport de naissances annuelles[2]			Effectifs de naissances					
					Sexe masculin			Sexe féminin		
		S	D	E	S	D	E	S	D	E
96	104,1	-	-	-	565	40	605	560	21	582
95	104,2	115,4	97,4	113,7	632	61	693	615	50	666
94	94,0	92,0	123,1	95,3	502	81	583	533	87	620
93	99,2	91,2	77,2	89,0	487	93	580	517	68	585
92	108,2	113,0	137,8	116,7	597	139	736	570	110	680
91	112,9	95,6	89,7	94,6	558	111	669	502	90	592
90	113,9	104,8	96,4	103,3	546	120	666	506	79	585
89	98,8	99,2	105,1	100,3	479	97	576	470	114	583
88	101,9	104,4	106,3	104,8	421	115	536	439	88	526
87	101,3	-	-	-	338	99	437	360	72	432
86	112,8	-	-	-	431	104	535	387	88	475
91-96	103,8	-	-	-	3 342	525	3 867	3 298	427	3 725
86-90	105,8	-	-	-	2 216	535	2 750	2 161	440	2 600
81-85	109,2	-	-	-	1 582	493	2 076	1 493	408	1 901
76-80	108,8	-	-	-	1 245	373	1 618	1 135	352	1 487
< 76	113,8	-	-	-	1 064	358	1 422	952	297	1 250
Ensemble	107,0	-	-	-	9 449	2 284	11 733	9 039	1 924	10 963

[1] $N_m/N_f)x100$, où N_m est le nombre de naissances masculines et N_f le nombre de naissances féminines
[2] $(2N_x/(N_{x-1}+N_{x+1}))x100$, où N_x est le nombre de naissances de l'année **x**

Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonatals survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), EDS Madagascar 1997

Âge au décès en jours	Années précédant l'enquête				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1	60	52	37	27	176
1	47	36	51	26	159
2	21	14	17	3	56
3	13	11	10	7	40
4	13	3	4	1	22
5	6	9	5	4	24
6	3	6	7	9	26
7	50	47	40	40	177
8	0	2	2	3	7
9	3	0	0	1	4
10	2	1	3	4	9
11	0	3	0	0	3
12	1	2	0	0	3
13	0	1	0	1	1
14	6	7	1	2	16
15	17	19	7	6	48
16	1	0	0	1	3
17	2	1	0	0	3
18	0	0	1	0	1
19	0	0	1	0	1
20	5	1	4	1	12
21	3	8	3	4	18
22	1	1	0	0	2
25	2	0	1	0	3
26	0	1	0	0	1
27	0	0	0	1	1
28	1	1	2	1	4
29	1	0	0	3	4
30	9	13	11	6	39
Ensemble 0-30	267	238	208	151	864
% néonatal précoce[1]	61,1	54,8	63,1	51,5	58,1

[1] 0-6 jours/0-30 jours

Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), EDS Madagascar 1997

Âge au décès en mois	Années précédant l'enquête				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1 mois[1]	267	238	208	151	864
1	25	36	30	16	106
2	44	41	34	19	138
3	39	35	40	21	135
4	38	26	17	15	96
5	21	17	15	11	63
6	36	47	37	36	156
7	22	28	20	7	77
8	28	51	37	17	133
9	27	24	19	17	88
10	12	13	17	15	56
11	10	17	14	18	59
12	31	29	27	33	120
13	15	25	15	11	65
14	20	10	14	12	55
15	7	4	5	8	25
16	6	9	8	5	27
17	4	5	6	3	18
18	27	47	38	28	139
19	2	4	1	3	11
20	5	8	5	3	22
21	3	1	1	0	6
22	0	2	1	3	6
23	5	1	5	4	15
1 an[2]	2	4	3	6	16
Ensemble 0-11	569	574	487	341	1 971
% néonatal[3]	47,0	41,5	42,7	44,2	43,9

[1] Y compris les décès survenus à moins de 1 mois, déclarés en jours
[2] Âge au décès déclaré est 1 an au lieu de 12 mois
[3] (Moins de 1 mois/moins de 1 an) × 100

ANNEXE D

PERSONNEL DE L'EDS

PERSONNEL DE L'EDS

Direction Nationale

RAZAFIMANJATO Jocelyn Yves, Démographe
Directeur de la Démographie et des Statistiques Sociales

Direction Technique

RABEZA RAFARALAHY Victor, Démographe, DDSS/INSTAT
RANDRIAMANJAKASOA Jean Harvel, Démographe, DDSS/INSTAT

Coordonnateurs Terrain

RAKOTOVELO Lydia
RATOVONDRAHONA Pascale
RAZANADRASARA Jean

Chefs d'Équipe

ANDRIANJAFY Naivo Patrice
GIZAVO Nospah Ernest
HOLISAM Mario Lydie
RABARISON Bien-Aimé
RABEMANATSOA Arséne
RAJAONIMIHAMINA Clarc Roger
RANDRIAMAHEFA Hery Moreno
RANDRIAMBELO Mamitiana
RASOANJANAHAYR Bakoarivony

Contrôleuses

RAHASINANDRASANA Marie Béatrice
RALALARIVONY Mahazoherisoa Faliarimiza
RAMOTASON Sylviane
RANAIVO RAFENOMANJATO Hanta
RASOARISOA Eléonore Joséphine
RATSIMANDRESY Iréne Malalaharisoa
RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soa
RAZANAKOLONA Raivotiana
RAZOELIARISOA Sahondra Lalao

Enquêtrices

ANDRIAMAMPITA Jenny Sylvia
ANDRIAMAROZAKA Voahangy
ANDRIANASOLO Hary Faratiana
ANDRIATSARAFARA Raoeliarisoa
FARASOANIRINA Mamy
RABETOKOTANY Chantal
RAFARASOA Andriamanana
RAFIDISON Patricia
RAHANTAMALALA Christine
RAHARILANTONIAINA Lantoniaina
RAHARIMALALA Patricia
RAHARY NORO Tiana
RAHARIMAHENINA Onintsoa
RAJAONARIVELO Jany Nirina
RAKOTO Ramakasoa Ravaonivosoa
RAKOTOMAHARO Annick
RAKOTOMANANA Aina Mamy Norotiana
RAKOTOMAMONJY Brigitte Aimée
RAKOTONDRABE Charline
RALAIDA Vololomboahangy
RALAMBOSOA Guislaine
RAMANANJANAHARY Lantosoa
RANDRIANALY Bernardine
RANDRIANTSOA Marie Françoise
RAOLIARIMALALA Fanjaniaina
RAOELISON Sahondra
RASOAMANAMBOLA Vonomboahangy
RASOAMAMPIONONA Honorine
RASOAZANANIAINA Volanoro Nina
RASOAZOELIARIMANANA Vero
RASOLONANTENAINA Vololona
RATRIMOSON Vonintsoa Rindra
RATSIMANDRESY Rachel Lantoarisoa
RAVELOARISOA Yvonne
RAVELOMBOLOLOHARISON Sylvie
RAZANAKOTO Dominique
RAZANAMANANDRAIBE Yolande
RAZAFINDRAMAVO Veromanitra

Agents de dénombrement

ANDRIAMANGA Jean Chrysostome
ANDRIANAIVO Franklin Mamy
ANDRIANJAFY Naivo Patrice
BELALAHY Aubin Aurore
RAFIDISON Jean Marc
RAKOTO RAMAKASOA Ranaivozanany
RAKOTOBE Solohantamalala Tahinasoa
RAKOTOVELO Andrianirina Antoine
RAMANITRARIVO Mparany
RANDRIA Mamy Jean de Dieu
RASOLOVOAHANGY Zafindrakoto
RATRIMOSON Tiana Harilaza
RATSIETY Louis

Agents cartographie

ANDRIAMPARANY Harimanana
GIZAVO Nospah Ernest
RABARISON Bien-Aimé
RABEARIVONY Victor
RABERISAONA Rolland
RAHARIMBOLA Yvonne
RALIMANANA Justin
RANDRIAMAHEFA Hery Moreno
RANDRIANARIVO Arsène
RASOAMANALINARIVO Françoise
RASOAZANARIVO Lala
RAVONIARISOA Suzanne

Chauffeurs

ANDRIAMAMONJY John Harison
ANDRIAMANANTENA Noëliarison
ANDRIAMAROZOKY Rabe
RAJAONSON Aubierge
RAJAOSOA André
RAKOTOMAMONJY Théodore Blaise
RAKOTOMANGA Jean Eloi
RAKOTONDRAZANANY Rostant
RANDRIANTSIZAFY Jean Fidèle

Agents de saisie

RABESON Sonia Claude
RAKOTOARISON Claudia
RALAIDA Mamisoa
RASOAZANANY Elause
RAZANAMALALA Anasthasie
RAZONOZAHANA Soazaka

Superviseur Informatique

ANDRIAMIHAINGO Mamy

Contrôleur de Bureau

RAKOTO RAMAKASOA Ranaivozanany

Assistante administrative FNUAP

RAZAKATIANA Rachel
RAKOTOFIRINGA Noro

Sécrétaires

RANDRIAMIARIVELO Lucienne

Macro International Inc.

Juan Schoemaker, Coordonateur de projet
Marc Soulié, Traitement informatique
Thanh Lê, Sondage
Mamadou Thiam, Sondage
Monique Barrère, Révision technique
Bernard Barrère, Révision technique
Dominique Waltisperger, Consultant
Sidney Moore, Édition
Kaye Mitchell, Production des rapports

ANNEXE E

QUESTIONNAIRES

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DE LA STATISTIQUE SOCIAL

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ ____________________

NOM DU CHEF DE MÉNAGE ____________________

NUMÉRO DE GRAPPE .... [ ][ ][ ]

NUMÉRO DE MÉNAGE .... [ ][ ]

FARITANY .... [ ]

URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .... [ ]

- ANTANANARIVO 1
- CHEF LIEU DE FARITANY ET ANTSIRABE 2
- CHEF LIEU DE FIVONDRONAMPOKONTANY 3
- CHEF LIEU DE FIRAISAMPOKONTANY 4
- CAMPAGNE 5

[ ]

VISITES DE L'ENQUÊTRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	______	______	______	JOUR [ ][ ] MOIS [ ][ ] ANNÉE 1 9 [9][7]
NOM DE L'ENQUÉTRICE	______	______	______	NOM [ ][ ]
RÉSULTAT*	______	______	______	RÉSULTAT [ ]
PROCHAINE VISITE: DATE	______	______		Nº TOTAL DE VISITES [ ]
TIME	______	______		

*CODES RÉSULTATS:
1 COMPLET
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE PRÉSENT OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE
4 DIFFÉRÉ
5 REFUS
6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE
7 LOGEMENT DÉTRUIT
8 LOGEMENT PAS TROUVÉ
9 AUTRE ____________________
(PRÉCISER)

TOTAL DANS LE MÉNAGE [ ][ ]

TOTAL DE FEMMES *ÉLIGIBLES* [ ][ ]

Nº DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ *POUR LE* QUESTION-NAIRE MÉNAGE [ ][ ]

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ______ [ ][ ] DATE ______	NOM ______ [ ][ ] DATE ______	[ ][ ]	[ ][ ]

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

NO. DE LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	RÉSIDENCE		SEXE	ÂGE	ÉDUCATION SI ÂGÉ DE 6 ANS OU PLUS			SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS				ÉLIGIBI-LITÉ
	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans ce ménage ou des invités qui ont passé la nuit la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?	(NOM) vit-il/elle ici d'habitude ?	(NOM) a t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	Quel âge a (NOM)?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école?	SI A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?**	SI A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE SI ÂGÉ(E) DE MOINS DE 25 ANS (NOM) va t-il/elle encore à l'école?	Est-ce-que la mère biologique de (NOM) est toujours vivante?	SI VIVANTE Est-ce-que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage ? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE NO. DE LIGNE DE LA MÈRE	Est-ce-que le père biologique de (NOM) est toujours vivant?	SI VIVANT Est-ce-que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE NO. DE LIGNE DU PÈRE	ENTOURER LE NO. DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
			OUI NON	OUI NON	M F	EN ANS.	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON NSP		OUI NON NSP		
01			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		01
02			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		02
03			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		03
04			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		04
05			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		05
06			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		06
07			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		07

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
08			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		08
09			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		09
10			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		10
11			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		11
12			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		12
13			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		13
14			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		14

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète:

1) Y-a-t-il d'autres personnes tels que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste ? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU — NON ☐

2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici ? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU — NON ☐

3) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière ? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU — NON ☐

*CODES POUR Q.3
PARENTÉ AVEC CHEF DE MÉNAGE:
01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = FEMME OU MARI
03 = FILS OU FILLE
04 = BEAU-FILS OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-ENFANT
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAUX-PARENTS
08 = FRÈRE OU SOEUR
09 = CO-ÉPOUSE
10 = AUTRES PARENTS
11 = ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE
12 = SANS PARENTÉ
98 = NSP

CODES POUR Q.8
NIVEAU D'INSTRUCTION
1 = PRIMAIRE
2 = SECONDAIRE
3 = *SUPÉRIEUR*
8 = NSP

CODES POUR Q.9
DERNIÈRE CLASSE ACHEVÉE
00 = MOINS D'UN AN ACHEVÉ
98 = NSP

Q.11 À Q.14
CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT. NOTER 00 SI LES PARENTS NE SONT *PAS MEMBRES DU MÉNAGE*

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
16	D'ou provient l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE ..... 11 ROBINET EXTÉRIEUR ..... 12 BORNE FONTAINE/ROBINET PUBLIC .... 13 EAU DE PUITS DANS LA COUR/PARCELLE FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE ..... 21 PUITS AMÉNAGÉ SANS POMPE ..... 22 PUITS NU/PUISARD ..... 23 EAU DE PUITS À L'EXTÉRIEUR FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE ..... 24 PUITS AMÉNAGÉ SANS POMPE ..... 25 PUITS NU/PUISARD ..... 26 EAU DE SURFACE SOURCE ..... 31 RIVIÈRE/RUISSEAU ..... 32 MARE/LAC ..... 33 BARRAGE ..... 34 EAU DE PLUIE ..... 41 CAMION CITERNE ..... 51 EAU EN BOUTEILLE ..... 61 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER)	11 →18 21, 22, 23 →18 41 →18 61 →18
17	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?	MINUTES ..... [ ][ ][ ] SUR PLACE 996	
18	Quel genre de toilettes y-a-t-il dans votre ménage ?	CHASSE D'EAU ..... 11 LATRINES À FOSSE VENTILÉE ..... 22 LATRINES À FOSSE SIMPLE ..... 23 PAS DE TOILETTE/NATURE ..... 31 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER)	31, 96 →19
18A	Les toilettes sont-elles utilisées seulement par les membres de votre ménage ou sont-elles partagées avec d'autres ménages?	UTILISATION EXCLUSIVE ..... 1 PARTAGÉES 2	
19	Dans votre ménage, avez-vous : L'électricité? Une radio? Une télévision? Un téléphone? Un réfrigérateur?	OUI NON ELECTRICITÉ ..... 1 2 RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 TÉLÉPHONE ..... 1 2 RÉFRIGÉRATEUR 1 2	
20	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	PIÈCES ..... [ ][ ]	
21	PRINCIPAL MATÉRIAU DU PLANCHER. ENREGISTRER L'OBSERVATION.	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 PLANCHER SOMMAIRE PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU 22 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 VINYLE OU ASPHALTE ..... 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER)	
22	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède ? Une charrette ? Une bicyclette ? Une mobylette ou motocyclette ? Une voiture ?	OUI NON CHARRETTE ..... 1 2 BICYCLETTE ..... 1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .... 1 2 VOITURE 1 2	
23	Combien des personnes fument dans ce ménage?	NOMBRE ..... [ ][ ] AUCUNE 00	
24	Pourriez vous me montrer le sel que vous avez utilisez pour cuire le repas principal hier ou la nuit dernière?	IL N'EN ONT PAS UTILISÉ ..... 00 SEL FIN EN SACHET ..... 01 SEL FIN EN VRAC ..... 02 GROS SEL EN SACHET ..... 03 GROS SEL EN VRAC ..... 04 AUTRE ________ 96 (PRECISER) REFUSE DE MONTRER 05	
25	**ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST**	SEL IODÉ (COULEUR) ..... 1 SEL NON IODÉ (BLANC) ..... 2 SEL PAS TESTÉ 3	

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DES STATISTIQUES SOCIALES

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ ____________________

NOM DU CHEF DE MÉNAGE ____________________

NUMÉRO DE GRAPPE .... [ ][ ][ ]

NUMÉRO DE MÉNAGE .... [ ][ ]

FARITANY ____________________ .... [ ]

URBAIN/RURAL (URBAIN = 1, RURAL = 2) .... [ ]

- ANTANANARIVO-RENIVOHITRA 1
- CHEF LIEU DE FARITANY ET ANTSIRABE 2
- CHEF LIEU DE FIVONDRONAMPOKONTANY 3
- CHEF LIEU DE FIRAISAMPOKONTANY 4
- AUTRE 5

[ ]

NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME ENQUÊTÉE ____________________ [ ][ ]

VISITES DE L'ENQUÊTRICE

	1	2	3	VISITE FINALE	
DATE	______	______	______	JOUR	[ ][ ]
				MOIS	[ ][ ]
				ANNÉE	1 9 [9][7]
NOM DE L'ENQUÊTRICE	______	______	______	NOM	[ ][ ]
RÉSULTAT*	______	______	______	RÉSULTAT	[ ]
PROCHAINE VISITE: DATE	______	______		Nº TOTAL DE VISITES	[ ]
HEURE	______	______			

*CODES RÉSULTAT:
1 COMPLET
2 PAS À LA MAISON
3 DIFFÉRÉ
4 REFUS
5 PARTIELLEMENT REMPLI
6 EN INCAPACITÉ
7 AUTRE ____________________ (PRÉCISER)

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE DE BUREAU	SAISI PAR :
NOM ______ DATE ______ [ ][ ]	NOM ______ DATE ______ [ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE .... [ ][ ] MINUTES .... [ ][ ]	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Antananarivo-Renivohitra, dans un chef lieu de faritany, dans un chef lieu de fivondrona, dans un chef lieu de firaisana, à la campagne, ou à l'étranger ?	ANTANANARIVO-VILLE .... 1 CHEF LIEU DE FARITANY .... 2 CHEF LIEU DE FIVONDRONANA .... 3 CHEF LIEU DE FIRAISANA .... 4 À LA CAMPAGNE .... 5 À L'ETRANGER 6	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?	ANNÉES .... [ ][ ] TOUJOURS .... 95 VISITEUSE 96	→105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Antananarivo-Renivohitra, dans un chef lieu de faritany, dans un chef lieu de fivondrona, dans un chef lieu de firaisana, à la campagne, ou à l'étranger ?	ANTANANARIVO-VILLE .... 1 CHEF LIEU DE FARITANY .... 2 CHEF LIEU DE FIVONDRONANA .... 3 CHEF LIEU DE FIRAISANA .... 4 À LA CAMPAGNE .... 5 À L'ETRANGER 6	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née ?	MOIS .... [ ][ ] NSP MOIS .... 98 ANNÉE .... 19[ ][ ] NSP ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCONSISTENTS.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES [ ][ ]	
107	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI .... 1 NON 2	 →114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE .... 1 SECONDAIRE 1ER CYCLE .... 2 SECONDAIRE 2ÈME CYCLE .... 3 SUPÉRIEUR 4	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau ?	CLASSE .... [ ][ ]	
110	VÉRIFIER 106: ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS [ ] ↓ ÂGÉE DE 25 ANS OU PLUS [ ]		→113
111	Allez-vous à l'école actuellement ?	OUI .... 1 NON 2	→113

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école ?	EST TOMBÉE ENCEINTE .... 01 S'EST MARIÉE .... 02 POUR S'OCCUPER D'ENFANTS PLUS JEUNES .... 03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AUX CHAMPS OU AU TRAVAIL . 04 NE POUVAIT PAS PAYER FRAIS ... 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT ... 06 SUFFISAMMENT SCOLARISÉE .... 07 ÉCHEC À L'ÉCOLE .... 08 N'AIMAIT PAS L'ÉCOLE .... 09 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN 10 AUTRE ____________________ 96 (PRÉCISER) NSP 98	
113	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE [ ] ↓ SECONDAIRE OU PLUS [ ]		→115
114	Pouvez -vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT .... 1 AVEC DIFFICULTÉ .... 2 PAS DU TOUT 3	3→116
115	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magezine au moins une fois par semaine ?	OUI .... 1 NON 2	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par jour ?	OUI .... 1 NON 2	
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins une fois par semaine ?	OUI .... 1 NON 2	
118	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE .... 1 PROTESTANT .... 2 ISLAM .... 3 TRADITIONNELLE .... 4 SANS RELIGION .... 5 AUTRE____________________6 (PRÉCISER)	
120	VÉRIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE L'ENQUÊTÉE N'EST PAS RÉSIDENTE HABITUELLE [ ] ↓ L'ENQUÊTÉE EST RÉSIDENTE HABITUELLE [ ]		→201
121	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Quel est le nom de votre lieu habituel de résidence ? ____________________ (NOM DU LIEU DE RÉSIDENCE)	ANTANANARIVO-VILLE .... 1 CHEF LIEU DE FARITANY .... 2 CHEF LIEU DE FIVONDRONANA .... 3 CHEF LIEU DE FIRAISANA .... 4 À LA CAMPAGNE .... 5 À L'ETRANGER 6	6→123
122	Dans quelle Faritany se trouve-t-il ? (le lieu habituel)	ANTANANARIVO .... 1 FIANARANTSOA .... 2 TOAMASINA .... 3 MAHAJANGA .... 4 TOLIARY .... 5 ANTSIRANANA 6	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
123	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement. D'ou provient l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE ... 11 ROBINET EXTÉRIEUR .... 12 BORNE FONTAINE/ROBINET PUBLIC . 13 EAU DE PUITS DANS LA COUR/PARCELLE FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE .... 21 PUITS AMÉNAGÉ SANS POMPE ..... 22 PUITS NU/PUISARD .... 23 EAU DE PUITS À L'EXTÉRIEUR FORAGE ÉQUIPÉ DE POMPE .... 24 PUITS AMÉNAGÉ SANS POMPE ..... 25 PUITS NU/PUISARD .... 26 EAU DE SURFACE SOURCE .... 31 RIVIÈRE/RUISSEAU .... 32 MARE/LAC/BARRAGE .... 33 EAU DE PLUIE .... 41 CAMION CITERNE .... 51 EAU EN BOUTEILLE .... 61 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	11 →125 21-23 →125 41 →125 61 →125
124	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?	MINUTES .... [ ][ ][ ] SUR PLACE 996	
125	Quel genre de toilettes y-a-t-il dans votre ménage ?	CHASSE D'EAU .... 11 LATRINES .... 22 TINETTE .... 23 PAS DE TOILETTE/NATURE .... 31 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	
125A	Les toilettes sont-elles utilisées seulement par les membres de votre ménage ou sont-elles partagées avec d'autres ménages?	UTILISATION EXCLUSIVE .... 1 PARTAGÉES 2	
126	Dans votre ménage, avez-vous : L'électricité? Une radio? Une télévision? Un téléphone? Un réfrigérateur?	OUI NON ELECTRICITÉ .... 1 2 RADIO .... 1 2 TÉLÉVISION .... 1 2 TÉLÉPHONE .... 1 2 RÉFRIGÉRATEUR 1 2	
127	Pouvez-vous décrire le sol de votre maison ?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE .... 11 BOUSE .... 12 PLANCHER SOMMAIRE PLANCHES EN BOIS .... 21 PALMES/BAMBOU/NATTE 22 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRÉ ...... 31 VINYLE OU ASPHALTE .... 32 CARRELAGE .... 33 CIMENT .... 34 MOQUETTE .... 35 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	
128	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède ? Une charrette ? Une bicyclette ? Une mobylette ou motocyclette ? Une voiture ?	OUI NON CHARRETTE .... 1 2 BICYCLETTE .... 1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE. 1 2 VOITURE 1 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
201	Maintenant je voudrais vous parler de toutes les naissances que vous avez eues dans votre vie ? Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI .... 1 NON 2	 →206
202	Avez-vous des fils et des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent avec actuellement avec vous ?	OUI .... 1 NON 2	 →204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ? .... SI AUCUN, NOTER '00'.	FILS À LA MAISON .... [ ][ ] FILLES À LA MAISON ...... [ ][ ]	
204	Avez-vous des fils ou des filles, à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie et qui ne vivent pas avec vous ?	OUI .... 1 NON 2	 →206
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous ? Et combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, NOTER '00'.	FILS AILLEURS .... [ ][ ] FILLES AILLEURS .... [ ][ ]	
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours ?	OUI .... 1 NON 2	 →208
207	Combien de vos fils sont décédés ? Et combien de vos filles sont décédées ? SI AUCUN, NOTER '00'.	FILS DÉCÉDÉS .... [ ][ ] FILLES DÉCÉDÉES .... [ ][ ]	
208	FAITES LA SOMME DE 203, 205, ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI AUCUN, NOTER '00'.	TOTAL .... [ ][ ]	
209	**VÉRIFIER 208:** Juste pour être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au total___ naissances durant votre vie. Est-ce-bien exact ? OUI [ ] ↓ NON [ ] → INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NÉCESSAIRE		
210	VÉRIFIER 208: AU MOINS UNE NAISSANCE [ ] ↓ AUCUNE NAISSANCE [ ]		→227

211 Maintenant, je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.
NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. ENREGISTRER LES JUMEAUX SUR DES LIGNES DIFFÉRENTES

212 Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	213 Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	214 (NOM) est un garçon ou une fille ?	215 En quel mois et quelle année est né (e) (NOM) ? INSISTER: Quelle est sa date de naissance ? OU: En quelle saison est-il/elle né(e) ?	216 (NOM) est-il/elle toujours en vie ?	217 SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	218 SI VIVANT (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI DÉCÉDÉ: Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e) ? SI 1 AN : INSISTER Quel âge avait-il/elle en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	220 SOUSTRAIRE L'ANNÉE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNÉE DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS ?	221 Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
01	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI . 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI . . . 1 NON . . 2 (NAIS. SUIVANTE)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐		
02	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI . 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI . . . 1 NON . . 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI . . . . 1 NON . . . . . . 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . . . . 1 NON . . . 2
03	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI . 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI . . . 1 NON . . 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI . . . . 1 NON . . . . . . 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . . . . 1 NON . . . 2
04	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI . 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI . . . 1 NON . . 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI . . . . 1 NON . . . . . . 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . . . . 1 NON . . . 2
05	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI . 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI . . . 1 NON . . 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI . . . . 1 NON . . . . . . 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . . . . 1 NON . . . 2
06	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI . 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI . . . 1 NON . . 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI . . . . 1 NON . . . . . . 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . . . . 1 NON . . . 2
07	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI . 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI . . . 1 NON . . 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI . . . . 1 NON . . . . . . 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . . . . 1 NON . . . 2
08	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI . . . 1 NON . . 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI . . . . 1 NON . . . . . . 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI . . . . 1 NON . . . 2

212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DÉCÉDÉ:	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né (e) (NOM) ? INSISTER: Quelle est sa date de naissance ? OU: En quelle saison est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e) ? SI 1 AN : INSISTER Quel âge avait-il/elle en mois ? NOTER EN JOURS *SI MOINS D'1* MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	SOUSTRAIRE L'ANNÉE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNÉE DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS ?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
09	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI . 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS .. 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI .... 1 NON ...... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
10	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI .... 1 NON ...... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
11	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI .... 1 NON ...... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
12	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI .... 1 NON ...... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2
13	SIMP 1 MULT 2	GARÇ 1 FILLE 2	MOIS . ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 219	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI ... 1 NON .. 2 (PASSER À 220)	JOURS 1 ☐☐ MOIS . 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI .... 1 NON ...... 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI .... 1 NON ... 2

222	SOUSTRAIRE L'ANNÉE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNÉE DE L'INTERVIEW LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS ?	OUI .... 1 → 223 NON .... 2 → 224
223	Avez-vous eu d'autre naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI .... 1 NON 2

224 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCE ENREGISTRÉ DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER :

LES NOMBRES SONT LES MÊMES ☐ LES NOMBRES SONT DIFFÉRENTS ☐ → (VÉRIFIER ET CORRIGER)

VÉRIFIER:
- POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE ☐
- POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ ☐
- POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ ☐
- POUR CHAQUE DÉCÈS À 12 MOIS OU 1 AN : DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS ☐

225 VÉRIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1994
SI AUCUNE, ENREGISTRER ' 00' ☐

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
227	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ... 1 NON ... 2 N'EST PAS SÛRE ... 8	2, 8 → 236
228	De combien de mois, êtes-vous enceinte ? **NOTER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.**	MOIS ... [ ][ ]	
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte **à ce moment**, vouliez-vous attendre **plus tard**, ou vouliez-vous **ne pas** tomber enceinte ?	À CE MOMENT-LÀ ... 1 PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PAS ... 3	
230	Avez-vous des difficultés à voir à la tombée du jour?	OUI ... 1 NON ... 2	2 → 236
231	Avez-vous des difficultés à voir pendant la journée aussi?	OUI ... 1 NON ... 2	
232	Aviez-vous des difficultés à voir à la tombée du jour quand vous n'étiez pas enceinte?	OUI ... 1 NON ... 2	
236	Quand vos derniéres règles ont-elles commencé ? ________________ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	NOMBRE DE JOURS ... 1 [ ][ ] NOMBRE DE SEMAINES .. 2 [ ][ ] NOMBRE DE MOIS ... 3 [ ][ ] NOMBRE D'ANNÉES ... 4 [ ][ ] EN MENOPAUSE ... 994 AVANT DERNIÈRE NAISSANCE .. 995 JAMAIS EU DE RÉGLES ... 996	
237	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres ?	OUI ... 1 NON ... 2 NSP ... 8	2, 8 → 239
238	À quel moment de son cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte ?	PENDANT SES RÈGLES ... 01 JUSTE APRÈS LA FIN DE SES RÈGLES ... 02 AU MILIEU DU CYCLE ... 03 JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 04 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) NSP ... 98	
239	Est-ce que vous-avez déjà eu un avortement provoqué?	OUI ... 1 NON ... 2	2 → 301
240	La dernière fois que vous avez eu un avortement provoqué, avez-vous eu des séquelles sur votre santé suite à l'opération?	OUI ... 1 NON ... 2	2 → 301
241	Avez-vous été obligée de demander l'aide d'un médecin ou d'une infirmière à cause des séquelles?	OUI ... 1 NON ... 2	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale et des différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.

ENCERCLER LE CODE "1" POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE SPONTANÉMENT. PUIS CONTINUER À LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE "2" SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE "3" SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS POUR CHAQUE MÉTHODE AYANT LE CODE "1" OU "2" ENCERCLÉ À 301 OU À 302, POSER 303.

301	Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler ?	301 OUI SPONTANÉ	302 Avez-vous entendu parler de (MÉTHODE)? OUI DESCRIPTION	302 NON	303 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	1	2	3 →	OUI .... 1 NON 2
02	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet ou DIU que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2	3 →	OUI .... 1 NON 2
03	INJECTION Les femmes peuvent recevoir une injection, par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2	3 →	OUI .... 1 NON 2
04	IMPLANTS Les femmes se font insérer, sous la peau du bras, plusieurs bâtonnets qui vont empêcher qu'elles ne tombent enceintes pendant plusieurs années..	1	2	3 →	OUI .... 1 NON 2
05	DIAPHRAGME, MOUSSE, GELÉE Les femmes peuvent se mettre, à l'intérieur, un diaphragme, de la mousse ou de la gelée avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2	3 →	OUI .... 1 NON 2
06	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc sur le pénis pendants les rapports sexuels.	1	2	3 →	OUI .... 1 NON 2
07	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	3 →	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI .... 1 NON 2
08	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants	1	2	3 →	Est-ce-que votre conjoint/ l'un de vos partenaires a eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI .... 1 NON 2
09	RYTHME, CONTINENCE PÉRIODIQUE Les femmes peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle, pendant lesquels elles sont plus susceptibles de tomber enceintes.	1	2	3 →	OUI .... 1 NON 2
10	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer juste avant l'éjaculation.	1	2	3 →	OUI .... 1 NON 2
11	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	1 __________ (PRECISER) __________ (PRECISER)		3	OUI .... 1 NON .... 2 OUI .... 1 NON 2
304	VÉRIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISÉ) ☐ ↓ AU MOINS UN "OUI" (A DÉJÀ UTILISÉ) ☐ → PASSER À 309				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
305	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour éviter de tomber enceinte ?	OUI . . . . 1 NON 2	 →331
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NÉCESSAIRE).		
309	Maintenant je voudrais vous parler du moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ? SI AUCUN, NOTER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS . . . . [ ][ ]	
309A	En quel mois et quelle année avez vous utilisé pour la première fois une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	MOIS . . . . [ ][ ] ANNÉE . . . . 19[ ][ ]	
310	La première fois que vous avez utilisé la planification familiale, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le vouliez plus tard, ou était-ce parce que vous ne vouliez plus d'enfant du tout ?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD . . . . 1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT . . . . 2 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER)	
311	VÉRIFIER 303: FEMME NON STÉRILISÉE [ ] ↓ FEMME STÉRILISÉE [ ] ———		→314A
312	VÉRIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE [ ] ↓ ENCEINTE [ ] ———		→332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI . . . . 1 NON 2	 →331
314 314A	Quelle méthode utilisez-vous ? ENCERCLER '07' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.	PILULE . . . . 01 DIU . . . . 02 INJECTIONS . . . . 03 IMPLANTS . . . . 04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELÉE . . . . 05 CONDOM . . . . 06 STÉRILISATION FÉMININE. . . . . 07 STÉRILISATION MASCULINE . . . . 08 CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . . 09 RETRAIT . . . . 10 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	 02–06 →326 07–08 →318 09 →323 10, 96 →326
315	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment ? NOTER LE NOM DE LA MARQUE SI LA BOÎTE EST MONTRÉE	BOÎTE VUE . . . . 1 MARQUE______ [ ][ ] BOÎTE NON VUE 2	 →317
316	Connaissez-vous le nom de la marque de pilule que vous utilisez en ce moment ?[2] NOTER LE NOM DE LA MARQUE	NOM DE LA MARQUE ______ [ ][ ] NSP 98	
317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilules ? ENREGISTREZ EN 1000 FMG	COÛT . . . . [ ][ ][ ] GRATUITE . . . . 996 NSP 998	 →326
317 A	Combian de plaquettes y-a-t il dans la boîte ?	UNE . . . . 1 TROIS . . . . 2 NSP 8	

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
318	Où a eu lieu la stérilisation ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE , NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. __________________ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... 11 CENTRE DE SANTÉ .... 12 DISPENSAIRE .... 13 POSTE MÉDICALE .... 14 AUTRE PUBLIC ________ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE PRIVÉ .. 21 MÉDECIN PRIVÉ .... 23 AUTRE PRIVÉ ________ 26 (PRÉCISER) AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) NSP 98	
319	Regrettez-vous d'avoir eu (ou votre mari) une opération pour ne plus avoir d'enfants ?	OUI .... 1 NON 2	 →321
320	Pourquoi regrettez-vous l'opération ?	ENQUÊTÉE VEUT AUTRE ENFANT .... 01 MARI/CONJ. VEUT AUTRE ENFANT .... 02 EFFETS SECONDAIRES .... 03 ENFANT DÉCÉDÉ .... 04 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER)	
321	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu ?	MOIS .... [ ][ ] ANNÉE .... 19[ ][ ] NSP ANNÉE 9998	→333 A
323	Comment déterminez-vous les jours de votre cycle menstruel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles ?	BASÉ SUR LE CALENDRIER .... 01 BASÉ SUR LA TEMPÉRATURE DU CORPS (MÉTHODE OGINO) .... 02 BASÉ SUR MUCUS CERVICAL (MÉTHODE BILLINGS) .... 03 BASÉ SUR LA TEMPERATURE DU CORPS ET SUR MUCUS CERVICAL . 04 *PAS DE SYSTÈME SPÉCIFIQUE* ...... *05* AUTRE ________ 96 (PRÉCISER)	
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (MÉTHODE) de façon *continue* ? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	MOIS .... [ ][ ] 8 ANNÉES OU PLUS 96	
327	VÉRIFIER 314 ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE:	PILULE .... 01 DIU .... 02 INJECTIONS .... 03 IMPLANTS .... 04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELÉE .... 05 CONDOM .... 06 STÉRILISATION FÉMININE .... 07 STÉRILISATION MASCULINE .... 08 CONTINENCE PÉRIODIQUE .... 09 RETRAIT .... 10 AUTRE 96	 →329 A (07, 08) →332 (09, 10, 96)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
328	Où avez-vous obtenu votre (MÉTHODE) la dernière fois ? **S'IL S',AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE , NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.** ____________________ **(NOM DE L'ENDROIT)**	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL . . . . 11 CENTRE DE SANTÉ . . . . . . 12 DISPENSAIRE . . . . 13 POSTE MÉDICALE . . . . 14 AUTRE PUBLIC ________ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE PRIVÉ . . 21 PHARMACIE . . . . 22 MÉDECIN . . . . 23 CENTRE DE PF/FISA . . . . . . 24 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE . . . . 31 CENTRES RELIGIEUX . . . . . . 32 PARENTS . . . . 33 AMIS . . . . 34 AUTRE ________ 36 (PRÉCISER)	
329 329A	Connaissez -vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer votre (MÉTHODE) la dernière fois ? Au moment de votre stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération ?	OUI . . . . 1 NON 2	 →333 A
330	Les gens choisissent l'endroit où se procurer des services de planification familiale pour différentes raisons. Quelle est la principale raison pour laquelle vous êtes allée à (NOM DE L'ENDROIT À 328 OU 318) plutôt que l'autre endroit que vous connaissez ? **ENREGISTRER LA RÉPONSE ET ENCERCLEZ LE CODE** ____________________	ACCESSIBILITÉ PROCHE DU DOMICILE . . . . . . 11 PROCHE DU MARCHÉ/TRAVAIL . . . . 12 TRANSPORTS DISPONIBLES . . . . . 13 RAISONS RELATIVES AU SERVICE PERSONNEL PLUS COMPÉTENT/AIMABLE . . . . 21 PLUS PROPRE . . . . 22 PLUS D'INTIMITÉ . . . . 23 ATTENTE MOINS LONGUE . . . . . 24 TEMPS D'OUVERT. PLUS LONG . . . 25 UTILISE D'AUTRES SERVICES DANS LE MÊME ÉTABLISSEMENT . . . . . 26 COÛT PLUS FAIBLE/MOINS CHER . . . . . 31 VEUT ANONYMAT . . . . 41 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) NSP 98	→333A

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
331	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?	PAS MARIÉE . . . . 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS . . . . . 21 RAP. SEX. PEU FRÉQUENTS . . . . . . 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . . . 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . . 24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT . . . . . 25 VEUT (D'AUTRES) ENFANTS . . . . . . 26 ENCEINTE . . . . 27 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . 31 CONJOINT OPPOSÉ . . . . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . 33 INTERDITS RELIGIEUX . . . . 34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT PAS DE MÉTHODE . . . 41 NE CONNAÎT PAS DE SOURCE . . . . 42 RAISONS LIÉES À LA MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . . . . . 53 TROP CHÉRE . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . 55 INTERFÈRE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS . . . . 56 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER) NSP 98	
332	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de contraception ?	OUI . . . . 1 NON 2	 →334
333	Où est-ce? **S'IL S',AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE , NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ** ______ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL . . . . A CENTRE DE SANTÉ . . . . B DISPENSAIRE . . . . C POSTE MÉDICALE . . . . D AUTRE PUBLIC ______ X (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE PRIVÉ . . . E PHARMACIE . . . . F MÉDECIN . . . . G CENTRE DE PF/FISA . . . . H AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ Y (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE . . . . I CENTRES RELIGIEUX . . . . J PARENTS . . . . K AMIS . . . . L AUTRE ______ Z (PRÉCISER)	
333A	VÉRIFIER 302/MODALITÉ 06: OUI, ELLE A ENTENDU PARLER DU CONDOM ☐ ↓	NON, ELLE N'A JAMAIS ENTENDU PARLER DU CONDOM ☐	→334

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
333B	Quelles marques de condoms connaissez-vous?	PROTECTOR . . . . A PANTHER . . . . B PROFILTEX . . . . C SULTAN . . . . D STIMULEV . . . . E CORÉEN (VIOLETTE) . . . . F AUTRE________________X (PRÉCISER) NSP . . . . Y	A→333D
333C	Avez-vous déjà entendu parler d'une marque de condom qui s'appelle *Protector*?	OUI . . . . 1 NON 2	2→334
333D	Où avez-vous appris sur les condoms de marque *Protector*?	À LA RADIO . . . . A À LA TÉLÉ . . . . B SUR DES AFFICHES . . . . C SUR LES BOITES DE VENTE . . . . D PARENTS . . . . E AMIS . . . . F A UTRES________________X (PRÉCISER)	
334	Avez-vous reçu la visite d'un agent de planification familiale au cours de 12 derniers mois ?	OUI . . . . 1 NON 2	
335	Êtes-vous allée dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison, au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . 1 NON 2	2→337
336	Est-ce-que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale ?	OUI . . . . 1 NON 2	
337	Pensez-vous que l'allaitement peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	2→401
338	Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte ?	AUGMENTE . . . . 1 DIMINUE . . . . 2 CELA DÉPEND . . . . 3 NSP 8	1→401
339	VÉRIFIER 210: AU MOINS UNE NAISSANCE ☐ ↓ AUCUNE NAISSANCE ☐		→401
340	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	OUI . . . . 1 NON 2	2→401
341	VÉRIFIER 227 ET 311: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ET NON STÉRILISÉE ☐ ↓ ENCEINTE OU STÉRILISÉE ☐		→401
342	Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte ?	OUI . . . . 1 NON 2	

SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 225: AU MOINS UNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1994 [ ] ↓ AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1994 [ ] → 465		
402	ENTRER LE NOM, LE NUMÉRO DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1994 ET ENREGISTRÉE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER CES QUESTIONS POUR TOUTES LES NAISSANCES ET COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE . (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE). Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous les enfants que vous avez eus dans les trois dernières années. Nous ne parlerons que d'un enfant à la fois.		
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE .... [ ][ ]	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE .... [ ][ ]
404	DE Q212 ET Q216	NOM ____ VIVANT [ ] ↓ DÉCÉDÉ [ ] ↓	NOM ____ VIVANT [ ] ↓ DÉCÉDÉ [ ] ↓
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfants ?	À CE MOMENT .... 1 (PASSER À 407) PLUS TARD .... 2 NE VOULAIT PLUS .... 3 (PASSER À 407)	À CE MOMENT .... 1 (PASSER À 407) PLUS TARD .... 2 NE VOULAIT PLUS .... 3 (PASSER À 407)
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS .... 1 [ ][ ] ANNÉES .... 2 [ ][ ] NSP 998	MOIS .... 1 [ ][ ] ANNÉES .... 2 [ ][ ] NSP 998
407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse ? SI OUI: Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN .... A INFIRMIÈRE .... B SAGE-FEMME................ C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D AUTRE____________X (PRÉCISER) PERSONNE .... Y (PASSER À 410)	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN .... A INFIRMIÈRE .... B SAGE-FEMME................ C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D AUTRE____________X (PRÉCISER) PERSONNE .... Y (PASSER À 410)
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS .... [ ][ ] NSP 98	MOIS .... [ ][ ] NSP 98
409	Combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale au cours de cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS .... [ ][ ] NSP 98	NOMBRE DE FOIS .... [ ][ ] NSP 98
410	Quand vous étiez enceinte de (NOM), vous-at-on fait une injection dans le bras pour éviter que le bébé n'attrape le tétanos, c'est-à-dire d'avoir des convulsions aprés la naissance ?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 412) NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 412) NSP 8
411	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu cette injection ?	NOMBRE DE FOIS .... [ ] NSP 8	NOMBRE DE FOIS .... [ ] NSP 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?	DOMICILE PROPRE DOMICILE .... 11 AUTRE DOMICILE .... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... 21 CENTRE DE SANTÉ .... 22 POSTE DE SANTÉ .... 23 AUTRE PUBLIC ______ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE .... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ 36 (PRÉCISER) AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	DOMICILE PROPRE DOMICILE .... 11 AUTRE DOMICILE .... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... 21 CENTRE DE SANTÉ .... 22 POSTE DE SANTÉ .... 23 AUTRE PUBLIC ______ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE .... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ 36 (PRÉCISER) AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)
413	Qui vous a aidé lors de l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre ? **INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES**	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN .... A INFIRMIÈRE .... B SAGE-FEMME. .... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D PARENT/AMI(E) .... E AUTRE ______ X (PRÉCISER) PERSONNE .... Y	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN .... A INFIRMIÈRE .... B SAGE-FEMME. .... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. .... D PARENT/AMI(E) .... E AUTRE ______ X (PRÈCISER) PERSONNE .... Y
414	Au moment de la naissance de (NOM), avez-vous eu un des problèmes suivants :	OUI NON	OUI NON
	Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ?	LONG TRAVAIL 1 2	LONG TRAVAIL 1 2
	Des saignements tellement importants que vous avez pensé que votre vie était en danger	SAIGNEMENTS IMPORTANTS .. 1 2	SAIGNEMENTS IMPORTANTS .. 1 2
	Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes ?	FORTE FIÈVRE AVEC PERTES VAGINALES 1 2	FORTE FIÈVRE AVEC PERTES VAGINALES 1 2
	Des convulsions non causées par de la fièvre ?	CONVULSIONS 1 2	CONVULSIONS 1 2
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI .... 1 NON 2	OUI .... 1 NON 2
416	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : très gros, plus gros que la moyenne moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS .... 1 PLUS GROS QUE MOYENNE .... 2 MOYEN .... 3 PLUS PETIT QUE MOYENNE .... 4 TRÈS PETIT .... 5 NSP 8	TRÈS GROS .... 1 PLUS GROS QUE MOYENNE .... 2 MOYEN .... 3 PLUS PETIT QUE MOYENNE .... 4 TRÈS PETIT .... 5 NSP 8
417	Est-ce-que (NOM) a été pesé à la naissance ?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 419)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 420)
418	Combien pesait (NOM) ? **ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.**	GRAMMES DU CARNET .... 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE .... 2 [ ][ ][ ][ ] NSP 99998	GRAMMES DU CARNET .... 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE .... 2 [ ][ ][ ][ ] NSP 99998
419	Est-ce-que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI .... 1 (PASSER À 421) NON .... 2 (PASSER À 422)	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______
420	Est-ce-que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre naissance suivante ?		OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 424)
421	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM), n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS .... [ ][ ] NSP 98	MOIS .... [ ][ ] NSP 98
422	VÉRIFIER 227: ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE [ ] ENCEINTE OU PAS SÛRE [ ] (PASSER À 424)	
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 425)	
424	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM), *n'avez-vous pas eu de rapports sexuels* ?	MOIS .... [ ][ ] NSP 98	MOIS .... [ ][ ] NSP 98
425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 431)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 431)
426	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein ? **SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTRER '00' HEURES SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTRER EN HEURES AUTREMENT, ENREGISTRER EN JOURS**	IMMÉDIATEMENT .... 000 HEURES .... 1 [ ][ ] JOURS .... 2 [ ][ ]	IMMÉDIATEMENT .... 000 HEURES .... 1 [ ][ ] JOURS .... 2 [ ][ ]
427	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT ?	VIVANT [ ] DÉCÉDÉ [ ] (PASSER À 429)	VIVANT [ ] DÉCÉDÉ [ ] (PASSER À 429)
428	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI .... 1 (PASSER À 432) NON 2	OUI .... 1 (PASSER À 432) NON 2
429	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS .... [ ][ ] NSP 98	MOIS .... [ ][ ] NSP 98
430	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MÈRE MALADE/FAIBLE .... 01 ENFANT MALADE/FAIBLE .... 02 ENFANT DÉCÉDÉ .... 03 PROBLÈMES DE SEINS .... 04 LAIT INSUFFISANT .... 05 MÈRE TRAVAILLE .... 06 ENFANT REFUSE .... 07 ÂGE DU SEVRAGE .... 08 EST TOMBÉE ENCEINTE .... 09 A COMMENCÉ À UTILISER CONTRACEPTION .... 10 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	MÈRE MALADE/FAIBLE .... 01 ENFANT MALADE/FAIBLE .... 02 ENFANT DÉCÉDÉ .... 03 PROBLÈMES DE SEINS .... 04 LAIT INSUFFISANT .... 05 MÈRE TRAVAILLE .... 06 ENFANT REFUSE .... 07 ÂGE DU SEVRAGE .... 08 EST TOMBÉE ENCEINTE .... 09 A COMMENCÉ À UTILISER CONTRACEPTION .... 10 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)
431	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT [ ] (PASSER À 434) DÉCÉDÉ [ ] (RETOURNER À 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440)	VIVANT [ ] (PASSER À 434) DÉCÉDÉ [ ] (RETOURNER À 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
432	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UN NOMBRER APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT .... [ ][ ]	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT .... [ ][ ]
433	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) hier pendant les heures de jour ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UN NOMBRER APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR .... [ ][ ]	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR .... [ ][ ]
434	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière ?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8
435	Est-ce que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, une des choses suivantes? Eau? Eau sucrée? Jus? Tisane? Aliment pour bébé? Lait en boite ou en poudre? Lait frais? N'importe quel autre liquide? Aliment à base de blé ou du riz? Aliment à base de manioc? Feuilles vertes/brèdes? Fruits ou légumes jaunes? Oeufs, poissons ou volaille? Viande? Autres aliments solides ou semi-solides?	OUI NON NSP EAU .... 1 2 8 EAU SUCRÉE .... 1 2 8 JUS .... 1 2 8 TISANE .... 1 2 8 ALIM. POUR BÉBÉ .... 1 2 8 LAIT BOITE/POUDRE . 1 2 8 LAIT FRAIS .... 1 2 8 AUTRES LIQUIDES ... 1 2 8 ALIM. DE BLÉ/RIZ .... 1 2 8 ALIM. DE MANIOC .... 1 2 8 FEUILLES VERTES ... 1 2 8 FRUITS JAUNES ..... 1 2 8 OEUFS/POISS/VOL. .. 1 2 8 VIANDE .... 1 2 8 AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES ... 1 2 8	OUI NON NSP EAU .... 1 2 8 EAU SUCRÉE .... 1 2 8 JUS .... 1 2 8 TISANE .... 1 2 8 ALIM. POUR BÉBÉ .... 1 2 8 LAIT BOITE/POUDRE . 1 2 8 LAIT FRAIS .... 1 2 8 AUTRES LIQUIDES ... 1 2 8 ALIM. DE BLÉ/RIZ .... 1 2 8 ALIM. DE MANIOC .... 1 2 8 FEUILLES VERTES ... 1 2 8 FRUITS JAUNES ..... 1 2 8 OEUFS/POISS/VOL. .. 1 2 8 VIANDE .... 1 2 8 AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES ... 1 2 8
435A	Est-ce que de l'huile ou de la graisse ont été utilisés dans la préparation d'un des repas de (NOM) hier ou la nuit dernière?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8
436	VÉRIFIER 435: NOURRITURE OU LIQUIDE DONNÉ HIER	"OUI" POUR UN OU PLUS [ ] ▼ "NON/ NSP POUR TOUS [ ] ▼ (PASSER À 438)	"OUI" POUR UN OU PLUS [ ] ▼ "NON/ NSP POUR TOUS [ ] ▼ (PASSER À 438)
437	(À part le lait maternel) combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé hier, y compris les repas et les en-cas ? SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	NOMBRE DE FOIS .... [ ] NSP 8	NOMBRE DE FOIS .... [ ] NSP 8
438	Combien de jours sur les 7 derniers jours (NOM) a-t-il reçu un des liquides ou aliments suivants: Eau ? Lait (autre que le lait maternel) ? Liquides autres que l'eau ou le lait ? Aliments à base de riz ? Aliments à base de manioc ? Feuilles vertes/brèdes ? Fruits ou légumes jaunes ? Oeufs, poisson, volaille ? Viande ? Autres aliments solides ou semi-solides ? SI NSP, ENREGISTRER '8'.	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU .... [ ] LAIT .... [ ] AUTRE LIQUIDES .... [ ] ALIMENT À BASE DE RIZ .... [ ] ALIMENT À BASE DE MANIOC ... [ ] FEUILLES VERTES/BRÉDES .... [ ] FRUITS OU LÉGUMES JAUNES .. [ ] OEUFS/POISS/VOLAILLE .... [ ] VIANDE .... [ ] AUTRES SOLIDES/SEMI-SOLIDES [ ]	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU .... [ ] LAIT .... [ ] AUTRE LIQUIDES .... [ ] ALIMENT À BASE DE RIZ .... [ ] ALIMENT À BASE DE MANIOC ... [ ] FEUILLES VERTES/BRÈDES .... [ ] FRUITS OU LÉGUMES JAUNES .. [ ] OEUFS/POISS/VOLAILLE .... [ ] VIANDE .... [ ] AUTRES SOLIDES/SEMI-SOLIDES [ ]
439		RETOURNER À 405 DANS LA COL. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440.	RETOURNER À 405 DANS LA COL. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 440.

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ

440	ENTRER LE NOM, LE NUMÉRO DE LIGNE ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1994 ENREGISTRÉE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS POUR CHAQUE NAISSANCE EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (SI IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).		
441	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ....
442	DE 212 ET 216	NOM ______ VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐ (PASSER À 442 DANS LA COL.. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER À 465.)	NOM ______ VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐ (PASSER À 442 DANS LA COL.. SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER À 465.)
443	Avez-vous une carte où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI: Puis-je la voir ?	OUI, VUE .... 1 (PASSER À 445) OUI, NON VUE .... 2 (PASSER À 447) PAS DE CARTE 3	OUI, VUE .... 1 (PASSER À 445) OUI, NON VUE .... 2 (PASSER À 447) PAS DE CARTE 3
444	Avez-vous déjà eu une carte de vaccination pour (NOM) ?	OUI .... 1 (PASSER À 447) NON 2	OUI .... 1 (PASSER À 447) NON 2
445	(1) COPIER CHAQUE DATE DE CHAQUE VACCIN À PARTIR DE LA CARTE. (2) ÉCRIRE '44' DANS LA COLONNE JOUR SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ DONNÉ MAIS LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE
	BCG	BCG ...	BCG ....
	Polio 0	P0	P0 ......
	Polio 1	P1	P1 ......
	Polio 2	P2	P2 ......
	Polio 3	P3	P3 ......
	DTCoq 1	DTC1 ..	DTC1 ...
	DTCoq 2	DTC2 ..	DTC2 ...
	DTCoq 3	DTC3 ..	DTC3 ...
	Rougeole	ROUG. .	ROUG. ..
446	Est-ce-que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte ? ENREGISTRER **'OUI'** SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 1-3, LE DTCoq 1-3, ET/OU LA ROUGEOLE.	OUI .... 1 (INSISTER POUR VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR DANS 445) (PASSER À 449) NON .... 2 (PASSER À 449) NSP 8	OUI .... 1 (INSISTER POUR VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR DANS 445) (PASSER À 449) NON .... 2 (PASSER À 449) NSP 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______
447	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations pour lui éviter d'attraper des maladies ?	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 449) NSP ... 8	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 449) NSP ... 8
448	Dites moi, S.V.P., si (NOM) a reçu une des vaccination suivantes :		
448A	La vaccination du BCG, contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection faite dans le bras ou l'épaule gauche et qui laisse une cicatrice ?	OUI ... 1 NON ... 2 NSP ... 8	OUI ... 1 NON ... 2 NSP ... 8
448B	Le vaccin contre la Polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 448E) NSP ... 8	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 448E) NSP ... 8
448C	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS ...	NOMBRE DE FOIS ...
448D	Quand est-ce-que le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ... 1 PLUS TARD ... 2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ... 1 PLUS TARD ... 2
448E	Le vaccin du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite en même temps que sont données les gouttes contre la Polio ?	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 448G) NSP ... 8	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 448G) NSP ... 8
448F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS ...	NOMBRE DE FOIS ...
448G	Le vaccin contre la rougeole ?	OUI ... 1 NON ... 2 NSP ... 8	OUI ... 1 NON ... 2 NSP ... 8
449	Est-ce-que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines ?	OUI ... 1 NON ... 2 NSP ... 8	OUI ... 1 NON ... 2 NSP ... 8
450	Est-ce-que (NOM)a souffert de la tous, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines ?	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 453 A) NSP ... 8	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 453 A) NSP ... 8
451	Quand (NOM) était malade de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ?	OUI ... 1 NON ... 2 NSP ... 8	OUI ... 1 NON ... 2 NSP ... 8
452	Avez-vous demandé des conseils ou des traitements pour la toux ?	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 453 A)	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 453 A)
453	Où avez-vous demandé des conseil ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ... A CENTRE DE SANTÉ ... B DISPENSAIRE ... C POSTE DE SANTÉ ... D AUTRE PUBLIC ______ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ... G PHARMACIE ... H MÉDECIN ... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE ... M MÉDECIN TRADITIONNEL ... N AUTRE______ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ... A CENTRE DE SANTÉ ... B DISPENSAIRE ... C POSTE DE SANTÉ ... D AUTRE PUBLIC ______ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ... G PHARMACIE ... H MÉDECIN ... I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE ... M MÉDECIN TRADITIONNEL ... N AUTRE______ X (PRÉCISER)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______
453A	(NOM) a-t-il/elle des difficultés à voir à la tombée du jour?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 453 C) NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 453 C) NSP 8
453B	(NOM) a-t-il/elle des difficultés à voir pendant la journée aussi?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8
453C	(NOM) a-t-il/elle jamais reçu un comprimé de Vitamine A semblable à celui-ci? **MONTREZ LE COMPRIMÉ DE VITAMINE A**	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 454) NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 454) NSP 8
453D	Combien de temps y a-t-il depuis que (NOM) a reçu un comprimé de Vitamine A pour la dernière fois?	MOIS ..... [ ][ ]	MOIS ..... [ ][ ]
454	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464) NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464) NSP 8
455	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il eu ?	NOMBRE DE SELLES ..... [ ][ ] NSP 98	NOMBRE DE SELLES ..... [ ][ ] NSP 98
457	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus ou moins ?	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP 8	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP 8
458	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de nourriture avant la diarrhée, plus ou moins ?	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP 8	PAREIL ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS ..... 3 NSP 8
458A		VÉRIFIEZ 427: ENCORE ALLAITÉ [ ] N'EST PLUS ALLAITÉ [ ] (PASSER À 459)	VÉRIFIEZ 427: ENCORE ALLAITÉ [ ] N'EST PLUS ALLAITÉ [ ] (PASSER À 459)
458B	L'avez-vous allaité la même quantité des fois qu'avant la diarrhée, plus ou moins?	MÊME ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS 3	MÊME ..... 1 PLUS ..... 2 MOINS 3
459	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à boire, une des choses suivantes:	OUI NON NSP	OUI NON NSP
	Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO/ODIVA ?	LIQUIDE DE SACHET 1 2 8	LIQUIDE DE SACHET 1 2 8
	Une bouillie légére faite à partir de [RIZ OU AUTRE GRAIN, TUBERCULE, PLANTAIN]?	BOUILLIE LÉGÈRE 1 2 8	BOUILLIE LÉGÈRE 1 2 8
	Soupe ?	SOUPE 1 2 8	SOUPE 1 2 8
	Solution maison sel-sucre-eau (SSS)?	SOL. SUCRÉE-SALÉE. 1 2 8	SOL. SUCRÉE-SALÉE. 1 2 8
	Boisson gaseuse autre que le Coca Cola?	LIQUIDE INNACCEPTABLE 1 2 8	LIQUIDE INACCEPTABLE 1 2 8
	Lait ou préparation pour bébé ?	LAIT/PRÉPA. BÉBÉ 1 2 8	LAIT/PRÉPA. BÉBÉ 1 2 8
	Coca-Cola., *rano-paoma*?	LIQUIDE ACCEPTABLE 1 2 8	LIQUIDE ACCEPTABLE 1 2 8
	Eau ?	EAU 1 2 8	EAU 1 2 8
	N'importe quel autre liquide ?	AUTRES LIQUIDES 1 2 8	AUTRES LIQUIDES 1 2 8
460	Est-ce-que quelque chose d'autre a été donné à (NOM) pour traiter sa diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 462) NSP 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 462) NSP 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______
461	Qu'est-ce-qui a été donné pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	LIQUIDE MAISON RECOMMANDÉ (SSS) . . . . . A COMPRIMÉ OU SIROP . . . . . B INJECTION . . . . . C (I.V.) INTRAVEINEUSES . . . . . D REMÈDES MAISON/TRAD/ HERBES MÉDICINALES . . . . . E AUTRE ______ X (PRÉCISER)	LIQUIDE MAISON RECOMMANDÉ (SSS) . . . . . A COMPRIMÉ OU SIROP . . . . . B INJECTION . . . . . C (I.V.) INTRAVEINEUSES . . . . . D REMÈDES MAISON/TRAD/ HERBES MÉDICINALES . . . . . E AUTRE ______ X (PRÉCISER)
462	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 464)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 464)
463	Où avez-vous demandé des conseil ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL . . . . . A CENTRE DE SANTÉ . . . . . B DISPENSAIRE . . . . . C POSTE MÉDICALE . . . . . D AUTRE PUBLIC ______ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE . . . . . G PHARMACIE . . . . . H MÉDECIN . . . . . I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE . . . . . M MÉDECIN TRADITIONNEL . . . . . N AUTRE ______ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL . . . . . A CENTRE DE SANTÉ . . . . . B DISPENSAIRE . . . . . C POSTE MÉDICALE . . . . . D AUTRE PUBLIC ______ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE . . . . . G PHARMACIE . . . . . H MÉDECIN . . . . . I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE . . . . . M MÉDECIN TRADITIONNEL . . . . . N AUTRE ______ X (PRÉCISER)
464		RETOURNER À 442 DANS COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, PASSER À 465.	RETOURNER À 442 DANS COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, PASSER À 465.

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
465	Quand un enfant a la diarrhée, doit-on lui donner à boire moins que d'habitude, la même quantité ou plus à boire que d'habitude ?	MOINS À BOIRE . . . . 1 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . 2 PLUS À BOIRE . . . . 3 NSP 8	
466	Quand un enfant a la diarrhée, doit-on lui donner à manger moins que d'habitude, la même quantité ou plus à manger que d'habitude ?	MOINS À MANGER . . . . 1 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . 2 PLUS À MANGER . . . . 3 NSP 8	
467	Quand un enfant souffre de la diarrhée, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être conduit(e) dans un établissement de santé ou auprès de personnel de santé ? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	SELLES LIQUIDES RÉPÉTÉES . . . . . A DES SELLES LIQUIDES . . . . B VOMISSEMENTS RÉPÉTÉS . . . . C DES VOMISSEMENTS . . . . D SANG DANS LES SELLES . . . . E FIÈVRE . . . . F SOIF PRONONCÉE . . . . G NE MANGE/NE BOIT PAS BIEN . . . . H DEVIENT PLUS MALADE/TRÈS MAL . I NE VA PAS MIEUX . . . . J AUTRE ________________________ X (PRÉCISER) NSP . . . . Z	
468	Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être conduit(e) dans un établissement de santé ou auprès de personnel de santé ? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	RESPIRATION RAPIDE . . . . A DIFFICULTÉ À RESPIRER . . . . B RESPIRATION BRUYANTE . . . . C FIÈVRE . . . . D INCAPABLE DE BOIRE . . . . E NE MANGE/NE BOIT PAS BIEN . . . . H DEVIENT PLUS MALADE/TRÈS MAL . I NE VA PAS MIEUX . . . . J AUTRE ________________________ X (PRÉCISER) NSP . . . . Z	
469	VÉRIFIER 459, TOUTES LES COLONNES AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SRO ☐ ▼ AU MOINS UN ENFANT A REÇU SRO ☐		→501
470	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit appelé SRO/ODIVA que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ?	OUI . . . . 1 NON 2	

SECTION 5. MARIAGE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
501	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT.	OUI NON ENFANTS MOINS DE 10 ANS 1 2 MARI/CONJOINT .... 1 2 AUTRES HOMMES .... 1 2 AUTRES FEMMES 1 2	
502	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME .... 2 NON, PAS EN UNION 3	1, 2 →507
503	Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout ?	PARTENAIRE SEXUEL RÉGULIER .. 1 PARTENAIRE SEX. OCCASIONNEL . 2 PAS DE PARTENAIRE SEXUEL 3	
504	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE .... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME .... 2 NON 3	 2 →511 3 →515
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE .... 1 DIVORCÉE .... 2 SÉPARÉE 3	1, 2, 3 →511
507	Est-ce-que votre mar/conjoint vit avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE .... 1 VIT AILLEURS 2	
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autre épouses en plus de vous-même ?	OUI .... 1 NON 2	 2 →511
509	Combien d'autres femmes a-t-il ?	NOMBRE .... [ ][ ] NSP 98	 98 →511
510	Êtes-vous la première, la seconde .... épouse ?	RANG .... [ ][ ]	
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme, une fois ou plus d'une fois ?	UNE SEULE FOIS .... 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
512	**VÉRIFIER 511:** **MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS** [ ] ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint ? **MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS** [ ] ↓ Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS .... [ ][ ] NSP MOIS .... 98 ANNÉE .... 19[ ][ ] NSP ANNÉE 9998	 →515
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui ?	ÂGE .... [ ][ ]	
515	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale. Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu) ?	JAMAIS .... 000 NOMBRE DE JOURS ..... 1 [ ][ ] NOMBRE DE SEMAINES .. 2 [ ][ ] NOMBRE DE MOIS ...... 3 [ ][ ] NOMBRE D'ANNÉES ..... 4 [ ][ ] AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 996	000 →608

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
516	**VÉRIFIER 301 ET 302:** **CONNAÎT CONDOM** ☐ → Lors de votre dernier rapport sexuel, avez-vous utilisé un condom ? **NE CONNAÎT PAS LE CONDOM** ☐ → Certains hommes utilisent un condom, c'est-à-dire qu'ils mettent une capote en caoutchouc sur leur pénis avant d'avoir des rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel, avez-vous utilisé un condom	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	 2, 8 → 517
516A	Connaissez-vous la marque du condom que votre partenaire a utilisé la dernière fois que vous-avez eu des rapport sexuels? SI "OUI" C'est laquelle?	PROTECTOR .... 1 PANTHER .... 2 PROFILTEX .... 3 SULTAN .... 4 STIMULEV .... 5 CORÉEN (VIOLETTE) .... 6 AUTRE ______ 7 (PRÉCISER) NSP 8	
517	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms ?	OUI .... 1 NON 2	 → 519
518	Où est-ce ? **S'IL S',AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE , NOTER LE NOM DU LIEU. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.** ______ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .... A CENTRE DE SANTÉ .... B DISPENSAIRE .... C AUTRE PUBLIC ______ X (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE .... E PHARMACIE .... F MÉDECIN .... G CENTRE DE PF/FISA .... H AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ Y (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE .... I CENTRES RELIGIEUX .... J PARENTS .... K AMIS .... L AUTRE ______ Z (PRÉCISER)	
519	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel ?	ÂGE .... [ ][ ] PREMIÈRE FOIS AU MARIAGE 96	
520	**VÉRIFIER 515 :** MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ☐ ↓ 12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ☐ → 601		→ 601
521	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez -vous eu des rapports sexuels?	NOMBRE DE PERSONNES .. [ ][ ] NSP 96	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°.N.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	VÉRIFIER 314: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ ☐ ▼ LUI OU ELLE STÉRILISÉ ☐		→612
602	VÉRIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ▼ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres)enfants ? ENCEINTE ☐ ▼ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants ?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT .... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN .... 2 DIT NE PEUT PAS ÊTRE ENCEINTE .. 3 INDÉCISE/NSP 8	 →604 →606 →604
603	VÉRIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ▼ Combian de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un (autre) enfant ? ENCEINTE ☐ ▼ Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS .... 1 ☐☐ ANNÉES .... 2 ☐☐ BIENTÔT/MAINTENANT .... 993 DIT NE PEUT PAS ÊTRE ENCEINTE 994 APRÈS L E MARIAGE .... 995 AUTRE ______________ 996 (PRÉCISER) NSP 998	 →606 (993, 994, 995)
604	VÉRIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ▼ ENCEINTE ☐		→607
605	Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous **contente, pas contente** ou cela **vous serait-il égal** ?	CONTENTE .... 1 PAS CONTENTE .... 2 ÉGAL 3	
606	VÉRIFIER 313: UTILISE UNE MÉTHODE ? PAS POSÉE ☐ ▼ N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ☐ ▼ UTILISE ACTUELLEMENT ☐		→612
607	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour éviter ou retarder une grossesse dans les 12 procheins mois ?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	→609
608	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour éviter ou retarder une grossesse dans le futur ?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	 →610 (2, 8)
609	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	PILULE .... 01 DIU .... 02 INJECTION .... 03 IMPLANT .... 04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELÉE ..... 05 CONDOM .... 06 STÉRILISATION FÉMININE .... 07 STÉRILISATION MASCULINE .... 08 CONTINENCE PÉRIODIQUE .... 09 RETRAIT .... 10 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER) PAS SÛRE 98	→612

N°.N.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
610	Quelle est la principale raison pour lequelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais une méthode ?	PAS MARIÉE .... 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... 21 RAP. SEX. PEU FRÉQUENTS .... 22 MENOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE .. 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE .... 24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT ... 25 VEUT (D'AUTRES) ENFANTS .... 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE .... 31 CONJOINT OPPOSÉ .... 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX .... 34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT PAS DE MÉTHODE . 41 NE CONNAÎT PAS DE SOURCE ... 42 RAISONS LIÉES À LA MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ .... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ... 53 TROP CHÈRE .... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ..... 55 INTERFÈRE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS .... 56 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER) NSP 98	21–98 →612
611	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	
612	**VÉRIFIER 216:** *A DES ENFANTS VIVANTS* ☐ Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le *nombre d'enfant à avoir dans* toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? *N'A PAS D'ENFANT VIVANTS* ☐ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfant à avoir dans toute votre vie, *combien voudriez-vous en* avoir ? **INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE**	NOMBRE .... [ ][ ] AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	96 →614
613	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons et combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien cela n'a-t-il pas d'importance ?	GARÇONS NOMBRE .... [ ][ ] AUTRE ______ 96 (PRÉCISER) FILLES NOMBRE .... [ ][ ] AUTRE ______ 96 (PRÉCISER) N'IMPORTE NOMBRE .... [ ][ ] AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	
614	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE .... 1 DÉSAPPROUVE .... 2 SANS OPINION 3	
615	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données : À la radio? À la télévision ?	ACCEPT-ABLE / PAS ACCEPT-ABLE / NSP RADIO .... 1 2 8 TÉLÉVISION 1 2 8	

N°.N.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
616	Durant les derniers mois, avez-vous entendu ou lu des messages sur la planification familiale : À la radio? À la télévision? Dans un journal ou un magazine? Sur une affiche? Sur des prospectus ou une brochure ?	OUI NON RADIO .... 1 2 TÉLÉVISION .... 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES .. 1 2 AFFICHE .... 1 2 PROSPECTUS OU BROCHURES 1 2	
617	Durant les derniers mois, avez-vous écouté un programme de radio appélé ***sarivolana***?	OUI .... 1 NON 2	NON→618
617A	Combien des fois avez-vous écouté ce programme durant les douze derniers mois?	MOINS DE 5 FOIS .... 1 5 À 10 FOIS .... 2 PLUS DE 10 FOIS .... 3 NSP 8	
618	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou vos parents ?	OUI .... 1 NON 2	NON→620
619	Avec qui en avez-vous discuté ? Quelqu'un d'autre ? **ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES MENTIONNÉES**	MARI/CONJOINT .... A MÈRE .... B PÈRE .... C SOEUR(S)) .... D FRÈRE(S) .... E FILLE .... F BELLE-MÈRE .... G AMI(ES)/VOISINS .... H AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	
620	VÉRIFIER 502: OUI, ACTUEL-LEMENT MARIÉE ☐ ↓ OUI, VIT AVEC UN HOMME ☐ ↓ NON, PAS EN UNION ☐		NON, PAS EN UNION→701
621	Les époux/conjoints ne sont toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale. Pense-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE .... 1 DÈSAPPROUVE .... 2 NSP 8	
622	Combien de fois avez-vous parlé de planification familiale avec votre mari/conjoint, au cours des 12 derniers mois ?	JAMAIS .... 1 UNE OU DEUX FOIS .... 2 PLUS SOUVENT 3	
623	pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfant que vous, qu'il en veut davantage que vous ou qu'il en veut moins que vous ?	MÊME NOMBRE .... 1 PLUS D'ENFANTS .... 2 MOINS D'ENFANTS .... 3 NSP 8	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU MARI ET ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
701	VÉRIFIER 502 ET 504: ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME [ ] ▼ ; A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME [ ] ; JAMAIS MARIÉE NI VÉCU AVEC UN HOMME [ ]		→703 →709
702	Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire ?	ÂGE .... [ ][ ]	
703	Est-ce-que votre mari/conjoint a fréquenté l'école ?	OUI .... 1 NON 2	 →706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE .... 1 SECONDAIRE 1ER CYCLE .... 2 SECONDAIRE 2ÈME CYCLE .... 3 SUPÉRIEUR 4	 →706
705	Quelle est la dernière classe qu'il a achevé avec succès à ce niveau ?	CLASSE .... [ ][ ] NSP 98	
706	*Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il ?*	[ ][ ] ________ ________ ________	
707	VÉRIFIER 706 : TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE [ ] ▼ ; NE TRAVAILLE (AIT) PAS DANS L'AGRICULTURE [ ]		→709
708	Est-ce que votre mari/conjoint travaille/travaillait principalement sur ses propres terres, sur les terres familiales, est-ce qu'il loue/louait la terre ou travaille/travaillait-il sur les terres de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE .... 1 TERRE FAMILIALE .... 2 TERRE LOUÉE .... 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE .. 4	
709	En dehors de votre travail domestique, est-ce-que vous travaillez actuellement ?	OUI .... 1 NON 2	→712
710	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI .... 1 NON 2	 →712
711	Avez-vous travaillé durant les 12 derniers mois ?	OUI .... 1 NON 2	 →801
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous ?	[ ][ ] ________ ________ ________	
713	VÉRIFIER 712 : TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE [ ] ▼ ; NE TRAVAILLE (AIT) PAS DANS L'AGRICULTURE [ ]		→715
714	Travaillez-vous principalement sur vos propres terres, sur les terres familiales, louez-vous la terre ou travaillez-vous sur les terres de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE .... 1 TERRE FAMILIALE .... 2 TERRE LOUÉE .... 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE .. 4	
715	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE ...... 2 A SON COMPTE 3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
716	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps ?	TOUT L'ANNÉE . . . . . 1 TRAVAIL SAISONNIER . . . . . 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	1 →718 3 →719
717	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé ?	NOMBRE DE MOIS . . . . . [ ][ ]	
718	Au cours des 12 derniers mois, combien de jour par semaine avez-vous habituellement travaillé ?	NOMBRE DE JOURS . . . . . [ ]	→720
719	Au cours des 12 derniers mois, approximativement combien de jours avez-vous travaillé ?	NOMBRE DE JOURS . . . . [ ][ ][ ]	
720	Gagnez-vous un salaire pour ce travail ? **INSISTER:** Gagnez-vous de l'argent pour ce travail ?	OUI . . . . . 1 NON 2	2 →723
721	Combien gagnez-vous habituellement pour ce travail ? **INSISTER:** Est-ce par jour, par semaine ou par mois ? ENREGISTRER EN FMG X 1.000	PAR HEURE . . . 1 [ ][ ][ ][ ][ ] PAR JOUR . . . . 2 [ ][ ][ ][ ][ ] PAR SEMAINE . 3 [ ][ ][ ][ ][ ] PAR MOIS . . . . 4 [ ][ ][ ][ ][ ] PAR ANNÉE . . . 5 [ ][ ][ ][ ][ ] AUTRE ______ 999996 (PRÉCISER)	
722	**VÉRIFIER 502:** OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIVANT AVEC UN HOMME [ ] ↓ Qui décide principalement comment va être utilisé l'argent que vous gagnez : vous, votre mari/conjoint , vous avec votre mari/conjoint ou quelqu'un d'autre NON, PAS N UNION [ ] ↓ Qui décide principalement comment va être utilisé l'argent que vous gagnez : vous, quelqu'un d'autre ou vous avec quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE DÉCIDE . . . . . 1 MARI/CONJOINT DÉCIDE . . . . . 2 ENQUÊTÉE DÉCIDE AVEC MARI//CONJOINT . . . . . 3 QUELQU'UN D'AUTRE DÉCIDE . . . . 4 ENQ. AVEC QUELQU'UN D'AUTRE . 5	
723	Travaillez-vous habituellement à la maison ou en dehors de la maison ?	À LA MAISON . . . . . 1 EN DEHORS 2	
724	VÉRIFIER 217 ET 218: A UN ENFANT DE MOINS DE 6 ANS VIVANT AVEC ELLE ? OUI [ ] ↓ NON [ ]		NON →801A
725	Qui prend soin habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT À LA MAISON) pendant que vous travaillez ?	ENQUÊTÉE . . . . . 01 MARI/CONJOINT . . . . . 02 ENFANT-FILLE PLUS ÂGÉE . . . . . 03 ENFANT-GARÇON PLUS ÂGÉ . . . . 04 AUTRES PARENTS . . . . . 05 VOISINS . . . . . 06 AMIS . . . . . 07 DOMESTIQUE/PERSONNE ENGAGÉE . . . . . 08 ENFANT VA À L'ÉCOLE . . . . . 09 GARDERIE/JARDIN D'ENFANT . . . . 10 N'A PAS TRAVAILLÉ DEPUIS LA DERNIÈRE NAISSANCE . . . . . 95 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
801A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?	OUI . . . 1 NON . . . 2	2 →801L
801B	Quelles maladies connaissez-vous? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	SYPHILIS/VÉROLE . . . A GONORRHÉE/BLENNORRAGIE/ CHAUDE-PISSE/ ECOULEMENT GÉNITAL . . . B SIDA . . . C CONDYLOME/TUMEUR GÉNITALE/ CRÊTE-DE-COQ . . . D AUTRE ______ W (PRÉCISER) AUTRE ______ X (PRÉCISER) NSP . . . Z	
801C	VÉRIFIER 515 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS ☐ ↓ N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS ☐ →801L		
801D	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI . . . 1 NON . . . 2 NSP . . . 8	2, 8 →801F
801E	Quelles maladies avez-vous eues? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	SYPHILIS/VÉROLE . . . A GONORRHÉE/BLENNORRAGIE/ CHAUDE-PISSE/ ECOULEMENT GÉNITAL . . . B SIDA . . . C CONDYLOME/TUMEUR GÉNITAL/ CRÊTE-DE-COQ . . . D AUTRE ______ W (PRÉCISER) AUTRE ______ X (PRÉCISER) NSP . . . Z	
801F	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des libérations dans la région vaginal ou anale?	OUI . . . 1 NON . . . 2	2 →801L
801G	La dernière fois que vous avez eu cette maladie (ces maladies) , avez-vous recherché des conseils ou un traitement, vous vous-êtes soigné vous-même ou vous n'avez rien fait?	RECHERCHE CONSEIL/TRAITEMENT . 1 S'EST SOIGNÉE ELLE MÊME . . . 2 N'A RIEN FAIT . . . 3	2, 3 →801I
801H	Où avez vous recherché des conseils ou un treitement? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL . . . A CENTRE DE SANTÉ . . . B DISPENSAIRE . . . C POSTE MÉDICALE . . . D AUTRE PUBLIC ______ X (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE . . . E PHARMACIE . . . F MÉDECIN . . . G AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ Y (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE . . . I CENTRES RELIGIEUX . . . J PARENTS . . . K AMIS . . . L GUERISSEUR . . . M AUTRE ______ Z (PRÉCISER)	
801I	Quand vous avez eu la (les) (MALADIE OU MALADIES DE 801E) aves-vous averti votre partenaire (vos partenaires)?	OUI . . . 1 NON . . . 2	
801J	Quand vous avez eu la (les) (MALADIE OU MALADIES DE 801E) aves vous fait quelque chose pour évite d'infecter votre partenaire (vos partenaires)?	OUI . . . 1 NON . . . 2 PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ . . . 8	2, 8 →801L

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
801K	Qu'avez vous fait?	EVITER LES RAPPORTS SEXUELS . A A UTILISÉ DE CONDOMS .... B A PRIS DES MÉDICAMENTS .... C AUTRE_______________X PRÉCISER	
801L	VÉRIFIER 801B: N'A PAS CITÉ LE SIDA ☐ ↓	A CITÉ LE SIDA ☐	→802
801M	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA ?	OUI .... 1 NON 2	 →811C
802	De quelle sources d'information avez-vous le plus appris sur le SIDA? Y-a-t-il d'autres sources ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	RADIO .... A TÉLÉVISION .... B JOURNAUX/MAGAZINES .... C AFFICHE/DÉPLIANT/PROSPECTUS . D AGENTS DE SANTÉ .... E EGLISES/MOSQUÉES .... F ÉCOLE/PROFESSEURS .... G ANIMATIONS DE QUARTIER ...... H PARENTS .... I AMIS .... J LIEU DE TRAVAIL .... K VIDÉO CLUBS .... L AUTRE_______________X (PRÉCISER)	
802A	A votre avis, est-ce que le SIDA existe à Madagascar?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	
802B	À votre avis, on peut attraper le SIDA...	OUI NON NSP	
	en touchant une personne qui a le SIDA?	Touchant 1 2 8	
	en partageant la nourriture ou la vaisselle avec une personne atteinte du SIDA?	Vaisselle/nourriture . 1 2 8	
	par un baiser avec une personne ayant le SIDA?	Baiser 1 2 8	
	par des rapports sexuelles avec une personne ayant le SIDA?	Rapports sexuels .. 1 2 8	
	par des piqûres de moustiques ou d'autres insectes?	Piqûres 1 2 8	
	par contact avec le sang d'une personne qui a le SIDA?	Contact avec le sang 1 2 8	
	en recevant une inoculation ou une vaccination?	Inoculation 1 2 8	
	par des transfusions sanguines?	Transfusions 1 2 8	
803	Y-a-t-il quelque chose qu'on peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	 →807
804	Que peut-on faire ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS .... B N'AVOIR QU'UN PARTENAIRE .... C ÉVITER LES PROSTITUÉES .... D ÉVITER RELATIONS HOMOSEXUELS . E ÉVITER TRANSFUSIONS DE SANG ... F EVITER LES INJECTIONS .... G ÉVITER D'EMBRASSER .... H ÉVITER PIQÛRES DE MOUSTIQUES .. I CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS .. J CHERCHER PROTECTION DES ANCÊTRES .... K AUTRE_______________W (PRÉCISER) AUTRE_______________X (PRÉCISER) NSP .... Z	
807	Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé soit en fait atteinte du SIDA ?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
808	Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours ?	PRESQUE JAMAIS .... 1 PARFOIS .... 2 PRESQUE TOUJOURS .... 3 NSP 8	
808A	Pensez-vous qu'on peut guérir du SIDA?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	
808B	Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	
808C	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	
809	Pensez-vous que vos propres risques d'attraper le SIDA sont faibles, moyens, importants ou pensez-vous que vous ne courez aucun risque d'attraper le SIDA ?	FAIBLES .... 1 MOYENS .... 2 IMPORTANTS .... 3 NE COURT AUCUN RISQUE .... 4 A LE SIDA .... 5 NSP 6	2, 3 →809B 5, 6 →811A
809A	• Pourquoi pensez-vous que vos risques d'attraper le SIDA sont faibles? • Pourquoi pensez-vous que vous ne courez aucun risque d'attraper le SIDA? Aucune autre raison? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	N'A PAS DES RAPPORTS SEXUELS A UTILISE DES CONDOMS .... B N'A QU'UN SEUL PARTENAIRE .... C A UN NOMBRE RÉDUIT DE PARTENAIRES .... D CONJOINT N'A PAS D'AUTRES PARTENAIRES .... E N'A PAS DE TRANSFUSION DE SANG .... G N A PAS D'INJECTIONS .... H AUTRE ____________ X PRÉCISER	→811A
809B	• Pourquoi pensez-vous que vos risques d'attraper le SIDA sont moyens? • Pourquoi pensez-vous que vos risques d'attraper le SIDA sont importants? Aucune autre raison? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	N'UTILISE PAS CONDOMS .... B A PLUS D'UN PARTENAIRE .... C A DES NOMBREUX PARTENAIRES .... D CONJOINT A D'AUTRES PARTENAIRES .... E N'A PAS DE TRANSFUSION DE SANG .... G N A PAS D'INJECTIONS .... H AUTRE ____________ X PRÉCISER	
811A	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper cette maladie? SI OUI, INSISTER: Qu'avez vous fait? Quelque chose d'autre? **ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ**	N'A JAMAIS EU RAP. SEXUELS .... A A ARRÊTÉ RAPPORTS SEXUELS .. B A COMMENCÉ UTILISER CONDOMS C A UN SEUL PARTENAIRE .... D RÉDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES E AUTRE ____________ X (PRÉCISER) N'A RIEN CHANGÉ AU COMP. SEX . Y NSP .... Z	→901
811B	Certaines personnes utilisent une capote pendant les rapports sexuels pour se protéger du SIDA et d'autres maladies transmissibles. En avez-vous déjà entendu ?	OUI .... 1 NON 2	2 →901
811C	VÉRIFIER 515 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS ☐ ↓	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS ☐	→901
811D	Avez-vous déjà utilisé une capote pour se protéger des maladies comme le SIDA ?	OUI .... 1 NON 2	

SECTION 9. MORTALITÉ MATERNELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
901	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur vos soeurs et frères, c'est-à-dire, sur tous les enfants nés de votre propre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. À combien d'enfant votre propre mère a donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE . . . ☐☐	
902	VÉRIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS ☐ ▼ SEULEMENT UNE NAISSANCE (L'ENQUÊTÉE SEULEMENT) ☐		→916
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES . . . . ☐☐	

	1	2	3	4	5	6
904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé/ (au suivant)?	________	________	________	________	________	________
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME ...... 1 FEMME 2	HOMME ...... 1 FEMME 2	HOMME .... 1 FEMME 2	HOMME ...... 1 FEMME 2	HOMME ...... 1 FEMME 2	HOMME ...... 1 FEMME 2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [2]	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À908 NSP .... 8 PASSER À [3]	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [4]	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [5]	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [6]	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [7]
907 Quel âge a (NOM)?	PASSER À [2]	PASSER À [3]	PASSER À [4]	PASSER À [5]	PASSER À [6]	PASSER À [7]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédée?	19 PASSER À 910 NSP 9998	19 PASSER À 910 NSP 9998	19 PASSER À 910 NSP 9998	19 PASSER À 910 NSP 9998	19 PASSER À 910 NSP 9998	19 PASSER À 910 NSP 9998
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédè(e)?						
910 Quelle âge avait (NOM) lorsqu'il (elle) est décédé(e)?	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [2]	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [3]	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [4]	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [5]	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [6]	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [7]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8
915 À combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance?	PASSER À [2]	PASSER À [3]	PASSER À [4]	PASSER À [5]	PASSER À [6]	PASSER À [7]

S'IL N'Y A PLUS DE FRÈRE OU DE SOEUR, PASSER À 916

904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère suivant?	7 ________	8 ________	9 ________	10 ________	11 ________	12 ________
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME .... 1 FEMME 2	HOMME ...... 1 FEMME 2	HOMME ...... 1 FEMME 2	HOMME ...... 1 FEMME 2	HOMME ...... 1 FEMME 2	HOMME ...... 1 FEMME 2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [8]	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [9]	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [10]	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [11]	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [12]	OUI .... 1 NON .... 2 PASSER À 908 NSP .... 8 PASSER À [13]
907 Quel âge a (NOM)?	PASSER À [8]	PASSER À [9]	PASSER À [10]	PASSER À [11]	PASSER À [12]	PASSER À [13]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédée?	19 PASSER À 910 NSP 9998	19 PASSER À 910 NSP 9998	19 PASSER À 910 NSP 9998	19 PASSER À 910 NSP 9998	19 PASSER À 910 NSP 9998	19 PASSER À 910 NSP 9998
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)?						
910 Quelle âge avait (NOM) lorsqu'il (elle) est décédé(e)?	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [8]	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [9]	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [10]	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [11]	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [12]	SI ETAIT HOMME OU SI ETAIT FEMME DÉCÉDÉE AVANT 12 ANS PASSER À [13]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 914 NON .... 2 NSP 8
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NDN .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 PASSER À 915 NON .... 2 NSP 8
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8
915 À combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance?	PASSER À [8]	PASSER À [9]	PASSER À [10]	PASSER À [11]	PASSER À [12]	PASSER À [13]

S'IL N'Y A PLUS DE FRÈRE OU DE SOEUR, PASSER À 916

916	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES .... MINUTES ....

SECTION 10: TAILLE ET POIDS

1001	VÉRIFIER 215: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1994 ☐ ▼ AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1994 ☐ ——→ FIN

À1002, COLONNES 2 ET 3 ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NÉ DEPUIS JANVIER 1994 ET TOUJOURS VIVANT.

À1003 ET 1004, ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUÊTÉE ET DE TOUS LES ENFANTS VIVANTS NÉS DEPUIS JANVIER 1994.

À 1006 ET 1008 ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE DE L'ENQUÊTÉE ET DES ENFANTS PESÉS.
À 1008B ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HEMOGLOBINE TEL QU'INDIQUE DANS L'APPAREIL "HEMOCUE"

ATTENTION: TOUTES LES ENQUÊTÉES QUI ONT EU UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1994 DOIVENT ÊTRE PESÉES ET MESURÉES, MÊME SI LEURS ENFANTS N'ONT PAS ÉTÉ PESÉES. S'IL Y A PLUS DE DEUX ENFANTS, UTILISER LE QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE

		1) ENQUÊTÉE	2) DERNIER ENFANT EN VIE	3) AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1002	NUMÉRO DE LIGNE SELON LA QUESTION 212		☐☐	☐☐
1003	NOM SELON LA Q. 212 POUR LES ENFANTS	(NOM) ________	(NOM) ________	(NOM) ________
1004	DATE DE NAISSANCE SELON LA Q. 215, DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE		JOUR .... ☐☐ MOIS .... ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	JOUR .... ☐☐ MOIS .... ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐
1005	CICATRICE DU BCG EN HAUT DE L'EPAULE GAUCHE		CICATRICE VUE ..... 1 PAS DE CICATRICE .. 2	CICATRICE VUE ...... 1 PAS DE CICATRICE ... 2
1006	TAILLE (EN CENTIMÉTRES)	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐
1007	L'ENFANT A-T-IL ÉTÉ MESURÉ COUCHÉ OU DÉBOUT?		COUCHÉ .... 1 DÉBOUT 2	COUCHÉ .... 1 DÉBOUT 2
1008	POIDS (EN KILOGRAMMES)	☐☐☐.☐	0☐☐.☐	0☐☐.☐
1008A	**SUIVANT LES INSTRUCTIONS DU MANUEL, INFORMER À LA FEMME SUR LA PROCEDURE DE PRISE DE SANG QUE VOUS ALLEZ FAIRE, QU'ELLE A LE DROIT DE REFUSER SI ELLE NE VEUT PAS ÊTRE SOUMISE À CETTE PROCEDURE**			
1008B	INDICE MONTRÉ PAR L'HÉMOGLOBINOMÈTRE (EN GRAMMES PAR DÉCILITRE)	☐☐.☐	☐☐.☐	☐☐.☐
1009	DATE DE MESURE ET DE PESÉE	JOUR ...... ☐☐ MOIS .... ☐☐ ANNÉE ... 19☐☐	JOUR ..... ☐☐ MOIS ...... ☐☐ ANNÉE .. 19☐☐	JOUR ...... ☐☐ MOIS .... ☐☐ ANNÉE ... 19☐☐
1010	RÉSULTAT	MESURÉE .... 1 ABSENTE .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 ________ (PRECISER)	ENFANT MESURÉ .. 1 ENFANT MALADE .. 2 ENFANT ABSENT .. 3 ENFANT REFUSÉ .. 4 MÈRE REFUSÉ .... 5 AUTRE .... 6 ________ (PRECISER)	ENFANT MESURÉ ... 1 ENFANT MALADE ... 2 ENFANT ABSENT ... 3 ENFANT REFUSÉ ... 4 MÈRE REFUSÉ ..... 5 AUTRE .... 6 ________ (PRECISER)
1011	NOM DE L'OPÉRATEUR ________	☐☐	NOM DE L'ASSISTANT ________	☐☐

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

A REMPLIR UNE FOIS QUE L'INTERVIEW EST FINIE

Commentaires sur l'enquêtée: ______________________________

____

____

Commentaire sur des questions spécifiques ______________________________

____

____

Autres commentaires: ______________________________

____

____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

____

____

____

Nom du chef d'equipe: ______________________________ Date: __________

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

____

____

____

Nom de la contrôleuse ______________________________ Date: __________